

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

**MARIA ANGÉLICA GALANTI HOPPE**

**A PARTICIPAÇÃO MASCULINA NO PROGRAMA DE PLANEJAMENTO  
FAMILIAR DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL  
DEFENDIDO E APROVADO

EM: 10104106

**FLORIANÓPOLIS**

**2005/2**

**MARIA ANGÉLICA GALANTI HOPPE**

**A PARTICIPAÇÃO MASCULINA NO PROGRAMA DE PLANEJAMENTO  
FAMILIAR DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Trabalho de conclusão de Curso  
apresentado como requisito parcial  
para a obtenção do título de Bacharel  
em Serviço Social, Departamento de  
Serviço Social, Universidade Federal  
de Santa Catarina.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Josiane Bortoluzzi

**FLORIANÓPOLIS**

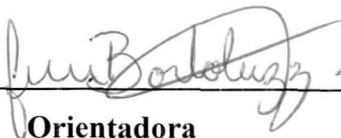
**2005/2**

MARIA ANGÉLICA GALANTI HOPPE

**A PARTICIPAÇÃO MASCULINA NO PROGRAMA DE PLANEJAMENTO  
FAMILIAR DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**Trabalho de conclusão de Curso aprovado como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel no Curso de Serviço Social, do Departamento de Serviço Social, do Centro Sócio Econômico, da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Assistente Social.**

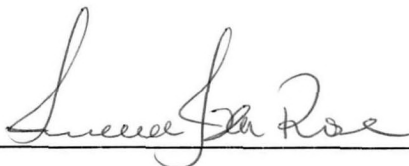
BANCA EXAMINADORA:



---

**Orientadora**

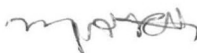
Prof<sup>a</sup> Josiane Bortoluzzi – Universidade Federal de Santa Catarina



---

**1ª Examinadora**

Prof<sup>a</sup> Jussara Jovita Souza da Rosa – Universidade Federal de Santa Catarina



---

**2ª Examinadora**

Ana Cláudia de Moraes – Assistente Social do Hospital Universitário (HU)

Florianópolis, abril de 2006

Dedico este trabalho exclusivamente à minha família, aos meus pais que amo profundamente e que me acompanharam não só ao longo destes quatro anos de curso, mas também no percurso da vida, porque sem o apoio deles não seria possível a realização deste trabalho.



## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus queridos pais por todo o amor e dedicação.

À minha avó “Marilú” pelo carinho e afeto.

A toda a grande família, meus tios e primos pelo constante apoio.

À minha orientadora, a professora Josiane Bortoluzzi, que pela sua disposição foi possível a realização deste trabalho.

À equipe de Assistentes Sociais do Hospital Universitário que me acompanharam ao longo do Estágio Curricular na citada instituição.

À minha supervisora de campo, a Assistente Social Maria das Graças Cozac, por me introduzir no mundo do Planejamento Familiar possibilitando-me um maior conhecimento através da prática.

Aos homens que procuraram os serviços do programa e que realizaram a esterilização definitiva, pela sua disposição porque sem eles este estudo não teria razão.

A todas as pessoas e instituições que direta ou indiretamente envolveram-se na área de trabalho, manifesto a minha gratidão.

Às minhas queridas colegas Paula Gago e Ana Paula Lemke, pela nossa grande amizade e pelo apoio, com as quais foi possível superar as dificuldades e viver profundamente os momentos de alegria.

Ao Programa de Estudante Convênio de Graduação – PEC-G, que possibilitou a minha formação acadêmica no Brasil.

À banca examinadora que se disponibilizou para a correção deste trabalho, agradeço profundamente.

Ao grupo do “handebol” por viver comigo grandes momentos de alegria através do esporte, uma das grandes paixões da minha vida.

Aos meus amigos, que apesar da distância nos unem as lembranças dos momentos vividos.

E a Deus, por tudo!!!

*Preciso de serenidade, para aceitar as coisas que não posso mudar. Coragem, para mudar o que posso. E sabedoria, para conhecer a diferença.*

R. Niebuhr

## RESUMO

O presente trabalho é resultado da pesquisa realizada no Programa de Planejamento Familiar do Hospital Universitário de Florianópolis. A pesquisa “Participação Masculina nas Decisões Sexuais e Reprodutivas: o estudo de campo”, foi realizada num período de quatro meses durante o Estágio Curricular Obrigatório, com o objetivo principal de identificar as motivações que levaram aos homens a realizar a esterilização definitiva, pois se verificou o aumento da participação masculina nas decisões sexuais e reprodutivas no citado programa. Para isto foi necessário abordar algumas temáticas como os diferentes conceitos de Planejamento Familiar, a sua história no Brasil e as relações de gênero na efetivação dos direitos reprodutivos. Assim, o estudo instigou a realizar entrevistas do tipo estruturadas com os usuários, através de perguntas norteadoras com relação às motivações e por consequência ao perfil destes analisados por meio de tabelas, onde se comprovou que a situação sócio-econômica representada pela idade, o nível de escolaridade, a ocupação, a renda familiar e o número de filhos, não influenciam na decisão dos homens a realizar a esterilização definitiva, mas sim uma consciência maior por parte destes em relação à igualdade entre os gêneros e na distribuição de tarefas e responsabilidades que antes eram atribuídas somente para a mulher.

Palavras-chaves: Planejamento Familiar, Saúde Reprodutiva, Relações de Gênero, e Participação Masculina.

## **LISTA DE SIGLAS**

HU - Hospital Universitário

ONU - Organização das Nações Unidas

FNUAP - Fundo das Nações Unidas para Atividades Populacionais

CNPD - Comissão Nacional de População e Desenvolvimento

OMS - Organização Mundial da Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SES - Secretaria de Estado da Saúde

CMB - Centro da Mulher Brasileira

ABEPPF - Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar

BEMFAM - Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

CPAIMC- Centro de Pesquisa e Atendimento Integral à Mulher e à Criança

IPPF - International Planned Parenthood Federation

FPIA - Family Planning International Assistance

PF - Pathfinder Foundation

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>CAPÍTULO 1 - PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL.....</b>	<b>15</b>
1.1 CONCEITUANDO O PLANEJAMENTO FAMILIAR.....	15
1.2 INSTITUIÇÕES PIONEIRAS DE PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL.....	18
1.3 POLÍTICAS DE PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL.....	23
<b>CAPÍTULO 2 - SAÚDE REPRODUTIVA E RELAÇÕES DE GÊNERO.....</b>	<b>31</b>
2.1 AS RELAÇÕES DE GÊNERO NA EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS REPRODUTIVOS..	31
2.2 PLANEJAMENTO FAMILIAR: A PARTICIPAÇÃO DOS HOMENS.....	37
<b>CAPÍTULO 3 - A PARTICIPAÇÃO MASCULINA NAS DECISÕES SEXUAIS E REPRODUTIVAS: A PESQUISA DE CAMPO.....</b>	<b>41</b>
3.1 TEMA-PROBLEMA.....	41
3.2 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	42
3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	44
3.4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA.....	44
3.5 MOTIVOS PELA BUSCA DA ESTERILIZAÇÃO POR PARTE DOS HOMENS.....	48
3.6 FATORES QUE INFLUENCIARAM NA REALIZAÇÃO DA ESTERILIZAÇÃO.....	49
3.7 ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	50
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>54</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>58</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>61</b>

## APRESENTAÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso intitulado de “*A Participação Masculina no Programa de Planejamento Familiar do Hospital Universitário*” é o resultado da experiência vivenciada no período do Estágio Curricular Obrigatório realizado de março a julho de 2005 no setor de Serviço Social do Hospital Universitário, mais especificamente no programa de Planejamento Familiar. Este estudo constitui-se como requisito final para a conclusão do curso de Serviço Social, como também expressa um momento de síntese dos conhecimentos mobilizados e apreendidos ao longo do processo de formação.

Com a finalidade de tornar nossa experiência de estágio em campo empírico, foi possível à aproximação com o objeto a ser pesquisado, apoiando-se no aporte teórico-metodológico e nos fazendo valer da riqueza que o Serviço Social como ciência aplicada dispõem pela atuação profissional.

Este estudo tem como objetivo principal realizarmos algumas análises e se possível algumas considerações sobre a *Participação Masculina nas Decisões Sexuais e Reprodutivas*, no entanto, acreditamos que a contribuição especial deste se potencializa na pesquisa realizada com os usuários do programa de planejamento familiar do HU que foram sujeitos da pesquisa e representado por “50 homens”. Para dar o tratamento analítico adequado aos dados coletados na pesquisa organizamos nossas aproximações teóricas da seguinte forma:

No primeiro capítulo *O Planejamento Familiar no Brasil*, julgamos necessário identificar os diferentes conceitos sobre o planejamento familiar que se faz necessário para compreendê-lo desde os diferentes pontos de vista criados com a instauração do programa no Brasil; também enfocamos a parte histórica do planejamento familiar, período este em que surgiram as instituições pioneiras de planejamento familiar no país que foi marcado por conjunturas e pela existência de dois blocos divergentes, “antinatalistas e anticontrolistas” que se remeteram nas políticas de planejamento familiar no país.

No segundo capítulo abordamos a questão da *Saúde Reprodutiva e as Relações de Gênero*, a sua construção social e cultural e a participação masculina nas decisões sexuais

e reprodutivas, temas que se fazem necessários já que refletiram no programa de planejamento familiar do HU.

No terceiro capítulo apresentamos *Participação Masculina nas Decisões Sexuais e Reprodutivas: a pesquisa de campo* que teve como objeto de estudo o homem, valendo-nos assim de alguns instrumentos de trabalho, técnicas e procedimentos que fizeram possível a realização da pesquisa assim como a verificação do aumento da participação dos homens nas decisões sexuais e reprodutivas.



## INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso “*A Participação Masculina no Programa de Planejamento Familiar do Hospital Universitário*” tem a pretensão de abordar o tema das relações de gênero desde o âmbito da saúde reprodutiva compreendendo o planejamento familiar como uma das dimensões dos direitos reprodutivos e, remetendo-nos assim à *Participação Masculina nas Decisões Sexuais e Reprodutivas*, tema que foi escolhido como objeto da pesquisa de campo.

Vemos que hoje em dia existe uma maior consciência sobre a importância de uma análise em conjunto dos aspectos como a saúde, a identidade, o gênero, as relações de poder e os direitos sexuais e reprodutivos, especialmente quando se tenta observar e interpretar os processos de busca individual e coletiva do estado de bem-estar físico e mental das pessoas e da sociedade como vemos que vem acontecendo ao longo da história do planejamento familiar, destacando sua implementação no Brasil em que grupos sociais como os feministas têm um papel fundamental em todo este processo.

Os comportamentos, atitudes, práticas e valores que assumem as mulheres e os homens em torno a estes elementos, assim como as relações de poder que se estabelecem entre os seres humanos, encontram-se inscritas histórica e culturalmente nas sociedades. Esta inscrição encontra-se diretamente relacionada com a Saúde Sexual e Reprodutiva da população onde os programas de Planejamento Familiar cumprem um papel fundamental.

O Planejamento Familiar é considerado um direito humano básico, declarado e reconhecido pela Organização das Nações Unidas – ONU, em 1968. Entretanto, no Brasil, somente em 12 de janeiro de 1996, aprova-se a Lei n.º 9.263 sobre Planejamento Familiar, que no seu capítulo 1º, Art. 2º e Art. 9º, declara o Planejamento Familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal e assegura o direito aos métodos da concepção e contracepção que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção.

Então, a partir da regulamentação dessa Lei muda-se a concepção de planejamento familiar, que passa a ser visto não só como um método de evitar a gravidez ou de controle da natalidade, mas também como um direito humano básico que assegura o acesso à saúde

reprodutiva, resguardando ao casal a decisão sobre o número de filhos que deseja ter. Outro aspecto relevante é que remete ao Estado a responsabilidade sobre o núcleo familiar na medida em que cabe a ele prover os meios necessários para a realização da contracepção.

Nesse sentido, o programa de Planejamento Familiar objetiva oferecer aos homens e mulheres, os meios e as informações necessárias sobre os métodos anticoncepcionais temporais e definitivos oferecidos pelo Estado e garantidos por Lei.

Assim, primeiramente trazemos a parte conceitual como definições de Planejamento Familiar segundo diferentes autores para entendê-lo como um direito que foi se constituindo ao longo dos anos através dos esforços da sociedade e de grupos que fizeram pressão para que aparecessem as primeiras instituições que visaram o planejamento familiar no Brasil, a sua história no país e a implementação das primeiras instituições financiadas pela iniciativa privada e ligadas à ONU como a Sociedade Civil de Bem-Estar familiar – BEMFAM.

Trazemos também as políticas de Planejamento Familiar onde se destaca a existência de uma certa ambivalência histórica por parte do Estado brasileiro a respeito dos assuntos relativos à população, que teria possibilitado a interferência destes organismos estrangeiros no controle da natalidade no país. Assim esclarecemos que as políticas de população nacionais, longe de representarem um bloco monolítico, eram e continuam sendo geridas por uma multiplicidade de agentes tais como as diferentes esferas do Estado, as distintas correntes religiosas, os distintos segmentos dos movimentos feministas, das instituições médicas de outras expressões da sociedade civil organizada.

Só depois da década de setenta se reconhecem que iniciativas importantes tem sido tomadas no âmbito do Estado. Citando algumas das principais o Ministério da Saúde criou em 1983, objetivando o cuidado à saúde da mulher para além dos aspectos reprodutivos, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM. Mais tarde, em 1990, a regulamentação do Sistema Único de Saúde – SUS, e a realização da Conferência Internacional do Cairo em 1994 que tenta contribuir na formulação de políticas públicas de planejamento familiar.

Atualmente tenta-se garantir o planejamento familiar através de ações de saúde pública municipais conforme a Lei n. 9263 de 12 de janeiro de 1996.

Deste modo, privilegiaremos a análise da ideologia antinatalista e anticontrolista no país, com o intuito de compreender o que levou a tantas mulheres a terem seu direito pela opção sobre o número de filhos interrompido.

Abordamos também a questão de gênero, de como o sistema patriarcal da nossa sociedade foi se construindo e cristalizando a imagem do homem como figura principal da família, deixando a mulher em segundo plano e como única responsável dos filhos.

Por último, mostraremos essa participação masculina através da pesquisa de campo que realizamos no Hospital Universitário, e que verificou o aumento de homens nas decisões sexuais e reprodutivas no período de estágio, optando pela esterilização cirúrgica definitiva.

O interesse de realizar o estudo no programa de Planejamento Familiar, mais especificamente abordar a participação dos homens no citado programa deu-se a partir da verificação da quantidade de trabalhos realizados tendo como foco a mulher, e pelo aumento significativo da procura para a realização de cirurgias de esterilização definitiva por parte dos homens, tornando-se assim objeto de intervenção durante o estágio.

Para isto foi necessário mostrarmos como essa imagem da mulher está sendo desconstruída a partir das lutas feminista que começaram na década de 1970 no Brasil, ocasionando a inclusão da mulher no mercado de trabalho e a inversão dos papéis do homem e da mulher, isto é, o homem que cuida dos filhos e a mulher que trabalha fora de casa; assim como a participação dos homens nas decisões sexuais e reprodutivas.

O empoderamento das mulheres, a transformação dos papéis que historicamente a cultura patriarcal assignou-lhes na sociedade, o avanço na criação de condições para o desenvolvimento da sua personalidade e autonomia, o direito de controlar seu corpo e sua saúde, são hoje, algumas das finalidades essenciais dos Direitos Sexuais e Reprodutivos. De outro lado, a necessidade de reconhecer a presença do homem e de vinculá-lo ativa e positivamente nas decisões sexuais e reprodutivas do casal e da família.

Isto se tornou uma questão de pesquisa acompanhada da seguinte hipótese: os homens estão cada vez participando mais na vida familiar e as responsabilidades estão sendo compartilhadas entre ambos.

Por último, nas considerações finais, faremos uma síntese e algumas reflexões sobre os assuntos trabalhados nestes capítulos.

## **CAPÍTULO 1 - PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL**

### **1.1 CONCEITUANDO O PLANEJAMENTO FAMILIAR**

O planejamento familiar é visto como um direito que foi sendo reivindicado ao longo dos anos pela sociedade e sobre tudo pelas mulheres, que de certa forma era quem colocava em risco a sua saúde ao engravidar, então o Estado passa a se responsabilizar ao oferecer serviços de planejamento familiar só que como sendo um dever dele e não como uma forma de controlar a população.

Atualmente no Brasil, o entendimento sobre o programa de planejamento familiar faz referência ao conjunto de informações e serviços que constitui um meio essencial para a obtenção e realização dos direitos reprodutivos e da saúde reprodutiva. O exercício dos direitos reprodutivos requer uma rede de infra-estrutura social que contemple serviços de saúde acessíveis e humanizados.

Na opinião de Rodriguez (1990), o planejamento familiar “é uma ação para intervir no comportamento reprodutivo das pessoas, especialmente as de baixa renda, transformando-se num instrumento de política populacional, mas se apresentando como uma forma de democratizar métodos modernos de contracepção entre as classes subalternas”.

O Planejamento Familiar é considerado um direito humano básico, declarado e reconhecido pela Organização das Nações Unidas – ONU, em 1968. Entretanto, no Brasil, somente em 12 de janeiro de 1996, aprova-se a Lei nº. 9.263 sobre Planejamento Familiar, que em seu capítulo 1º, Art. 2º declara: “entende-se Planejamento Familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal”. Em seu Art. 9º, a mesma Lei assegura que: “para o exercício do direito ao Planejamento Familiar, serão oferecidos todos os métodos da concepção e contracepção aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção”.

Então, a partir da regulamentação dessa Lei muda-se a concepção de planejamento familiar, que passa a ser visto não só como um método de evitar a gravidez ou de controle da natalidade, mas também como um direito humano básico que assegura o acesso à saúde reprodutiva, resguardando ao casal a decisão sobre o número de filhos que deseja ter. Outro aspecto relevante é que remete ao Estado a responsabilidade sobre o núcleo familiar

na medida em que cabe a ele prover os meios necessários para a realização da contracepção.

O conceito de contracepção que fundamenta nossas reflexões tem por referência a compreensão de Rodrigues (1990), ao destacar que “a contracepção é uma medida preventiva que frustra a concepção, quando há efetivo exercício da sexualidade, usando meios mecânicos, químicos ou comportamentais. Caracteriza-se obrigatoriamente como uma atitude individual, privada e geralmente espontânea”.

Ainda, segundo Pereira (1992, p. 22), contracepção pode ser entendida como “a utilização de qualquer método natural ou artificial para evitar uma gravidez, temporariamente, pois, se interrompido o seu uso, o indivíduo volta a sua fertilidade inicial. É a infecundidade voluntária, a infertilidade provocada”.

Nesse sentido, há uma estreita relação entre contracepção e planejamento familiar, a primeira tem caráter individual e a segunda tem caráter coletivo.

De acordo com Costa (1992), entendemos que o planejamento familiar é uma ação social por ultrapassar o plano individual e até mesmo o núcleo familiar, uma vez que sua realização está diretamente relacionada com a vida em sociedade, seja por suas implicações econômicas, sociais, políticas ou culturais.

Isso significa dizer que a realização de um programa de planejamento familiar depende da articulação de alguns elementos como os componentes de educação, informação e assistência em reprodução; e que estes a sua vez sejam integrados a outros programas.

Nesse sentido, o planejamento familiar, na sua concepção, busca a plenitude da vida humana e, isto não se consegue unicamente com a prática da anticoncepção. Para que o planejamento familiar se realize é preciso compreendê-lo nos processos sociais que transformam e constituem a sociedade, sendo assim nenhuma ação social cumpre integralmente seus objetivos se não conscientizar sua população-alvo, fortalecer a família e a comunidade, facilitar a integração comunitária, oferecer aos casais as informações e os meios de exercitar sua faculdade reprodutiva segundo suas próprias decisões.

As reflexões teóricas acerca da temática, planejamento familiar, têm por premissa apreendê-lo em seu aspecto amplo, isto quer dizer que se pretende inferir a partir das relações que o compreende: direito do cidadão, processo de cidadania, cuidado com o outro, condição econômica e material, equidade nas relações de gênero e opção pela contracepção.



Contudo, para o Estado Moderno de Direito o Planejamento Familiar representa a possibilidade de exercício de cidadania desde que, seja uma ação livre e consciente por parte das pessoas que procuram este programa. Em síntese, por planejamento familiar entende-se como:

liberdade, direito e responsabilidade dos indivíduos, suscitando o resguardo deste direito às ações neutras e não interconvencionistas de parte do Estado e mesmo dos agentes de saúde. Isto é, que a partir desta concepção, o planejamento familiar passa a ser de livre decisão do casal sem intervenção coercitiva por parte do Estado ou dos agentes de saúde como forma de regular ou controlar a natalidade (CANESQUI, 1997, p. 09).

Isto quer dizer de acordo com a concepção de Coelho (1998), que se trata de uma opção livre e consciente da mulher ou do casal em relação ao número de filhos, quando tê-los e a escolha do melhor método enquanto um conjunto de ações de regulação da fecundidade, que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole, pela mulher, pelo homem ou pelo casal, como ainda ter acesso aos métodos de concepção e contracepção aceitos, que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas.

Esta idéia de planejamento familiar remete-nos à década de setenta, período em que as mulheres começaram a exercer certa pressão na sociedade através dos movimentos feministas para ter igual condição de direitos que os homens; a partir de então é que o planejamento familiar começa a ser pensado como um direito não só das mulheres, mas também dos homens, ou melhor, do casal de planejar sua família.

Portanto, a compreensão de planejamento familiar não se refere à redução da população, mas volta-se para a qualidade de vida da população e dos serviços que presta. Pode-se dizer que temos por um lado a questão do direito, da escolha ou decisão da pessoa; e por outro, pode reforçar a formação social do sistema capitalista que se mantém por meio das relações de força e de poder na sociedade de classe.

É com o propósito de definir uma concepção teórica sobre o Planejamento Familiar que se pretende abordar o tema, apresentando um resgate histórico sobre como essa política pública foi se construindo na sociedade brasileira. Na intenção de compreendê-la enquanto ação ideológica-política que se materializa nas instituições e, por fim em todas as políticas sociais públicas.

## 1.2 INSTITUIÇÕES PIONEIRAS DE PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL

O marco histórico do surgimento do capitalismo é a Revolução Industrial a partir da metade do século XVIII, não foi um acontecimento único por isso pode-se dizer que seus impactos foram sentidos entre 1760 e 1780.

Com a ascensão do capitalismo, aos poucos surgiram movimentos concretos de transformação social. Nesse contexto, a Revolução Francesa foi sua contemporânea (1789), mas é responsável pela ideologia e a políticas do mundo moderno do século XIX.

O século XVIII caracterizou-se como uma época das grandes revoluções em que seus feitos expressam a liberdade do cidadão em torno ao Estado e a propriedade privada garantida pelo contrato. O feminismo surge como movimento político, nesse momento como ação política organizada, firmando-se como luta específica da mulher; assim durante a Revolução Francesa as mulheres tiveram uma participação ativa nas reivindicações econômicas e políticas.

O processo revolucionário deixou claro que a luta das mulheres tem uma causa específica e que não pode ser reduzida à luta de classes. Grandes revolucionários de 1789 eram ferrenhos antifeministas defendendo sempre a inferioridade natural da mulher (LIMA, 1987, p. 34).

Apesar do contexto adverso, o movimento feminista ganha reconhecimento e expande-se pelo mundo ocidental.

As primeiras iniciativas práticas que trouxeram para o cenário brasileiro o tema planejamento familiar, surge dos movimentos sociais em meados da década de sessenta e se fortalecem nos anos setenta com o surgimento dos movimentos feministas.

No segundo semestre de 1961, no contexto da recém-nascida “Aliança para o Progresso”, um encontro viria plantar a semente do planejamento familiar em território brasileiro.

O Planejamento Familiar tornou-se o centro das discussões da XV Jornada Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia, realizada no Rio de Janeiro em 1965, evento também em que foi fundada a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil - BEMFAM, com o objetivo de “promover e propugnar pelo bem-estar da família, como célula constitutiva da nação”. E, no mesmo ano começou a enfrentar oposições à sua atuação (SOBRINHO, 1993, p. 105).

No início de 1967, a BEMFAM já conseguia reunir em torno de si uma série de entidades filiadas, em várias regiões do país. Ao mesmo tempo passou a organizar simpósios e palestras, com o objetivo de ampliar as bases de apoio para o projeto, e assim, combater o aborto provocado, desenvolver estudos sobre a fisiologia e reprodução humanas, incentivar e ensinar o uso de anticoncepcionais à população, além de promover e propugnar pelo bem-estar da família, como célula constitutiva da nação (Idem, pp. 101-167).

A BEMFAM organizou sua estratégia em três “Níveis de Ação”. O primeiro nível, Alto, com o objetivo de motivação direta a autoridades governamentais, líderes políticos, religiosos e comunitários. O segundo nível, Médio, dedicado à motivação, informação e treinamento de pessoal que direta ou indiretamente possa trabalhar em Planejamento Familiar. O terceiro e último nível, Baixo, para mudança de atitudes da população para com o Planejamento Familiar, e prestação de serviços clínicos, como demonstração e forma de envolvimento. (Idem. pp. 101-167).

O processo de implantação do Planejamento Familiar constituir-se-ia nas seguintes etapas:

- Primeira etapa: as atividades da BEMFAM se voltariam para a motivação, informação e educação, procurando criar grupos de base para a colocação do tema e debates sobre os problemas nacionais. A criação de clínicas nesta fase é muito importante.
- Segunda etapa: a segunda etapa se caracteriza pela expansão das atividades da sociedade, solicitadas pela própria realidade presente.
- Terceira etapa: será aquela em que haverá total participação do Governo Federal, tomando para si a responsabilidade de oferecimento de serviços de Planejamento Familiar. (SOBRINHO, 1993, pp. 107-108).

A BEMFAM, em 1971, conseguiu que o governo federal, através do Decreto N.º 68.514, de 15 de abril, assinado pelo general Médici e por Alfredo Buzaid, ministro da Justiça, a reconhecesse como sendo de “utilidade pública”.

Esta instituição é conhecida por ser uma grande divulgadora do Planejamento Familiar no país, foi criticada por oferecer serviços de planejamento familiar considerado “puro e simples” que acabava por não atingir seus objetivos.



Em 1972 no Rio de Janeiro, realizou-se o primeiro Conselho Nacional de Mulheres, o qual reuniu feministas pioneiras e outras estudiosas do assunto, a fim de darem o impulso inicial ao movimento social brasileiro.

Assim, as feministas do Rio de Janeiro conseguiram o patrocínio da ONU, em 1975, para promover um seminário que tratou especificamente assuntos sobre a mulher. Deste seminário resultou a criação do Centro da Mulher Brasileira – CMB.

Nesse encontro foram expostas as diversas facetas da opressão das mulheres. Foram confrontadas feministas esclarecidas e sem prática, com mulheres de periferia com prática, mas não esclarecidas. E uma das idéias que surgiu durante o encontro, foi a de um jornal nacional das mulheres; um jornal trimestral, editado por feministas, que daria conta da seriedade com que as mulheres sabem lidar com as questões vinculadas à reprodução humana. (SAFFIOTI, 1988, p. 170).

Dessa forma, o serviço de planejamento familiar desenvolvido pela BEMFAM, foi em parte, superada pelo discurso novo do Centro de Pesquisa e Atendimento Integral à Mulher e à Criança – CPAIMC, entidade não governamental criado em 1974, que propôs um modelo de Planejamento Familiar no qual a assistência à saúde da mulher viesse em primeiro plano (SOBRINHO, 1993).

Uma vez criado o CPAIMC, sua equipe dedicou-se, rapidamente, ao contato com diversas instituições internacionais, ao mesmo tempo, firmou convênios com serviços médicos de outros Estados.

O financiamento para suas atividades no Brasil provinha fundamentalmente através de um conjunto de instituições internacionais preocupados com a questão demográfica, como a “International Planned Parenthood Federation” - IPPF, a Family Planning International Assistance - FPIA, Pathfinder Foundation - PF, vinculadas à Organização das Nações Unidas – ONU (SOBRINHO, 1993).

Sua estratégia, no entanto, foi mais agressiva e eficaz na criação e consolidação de uma ideologia contraceptiva no meio médico. Para tanto, financiou treinamento de profissionais vinculados ao ensino da medicina, da enfermagem e de outras áreas afins, além de sustentar uma verdadeira rede de médicos que atuavam na realização da esterilização cirúrgica por laparoscopia, doando o equipamento e subsidiando as suas atividades. O CPAIMC foi ainda distribuidor de material contraceptivo para diversas outras instituições congêneres, usando de sua prerrogativa de isenção de impostos para

importação, em virtude de sua titulação como entidade de utilidade pública, sem fins lucrativos (SOBRINHO, 1993).

A fragilidade política com que o Ministério da Saúde, na época, enfrentou esta situação permitiu a criação de um vácuo institucional do Estado, favorecendo o surgimento e o crescimento de outras instituições de cunho controlista. Essa fragilidade fez com que o Estado não desse conta de criar instituições de planejamento familiar do tipo governamentais favorecendo o surgimento de instituições da Sociedade Civil, dentre estas, a BEMFAM e o CPAIMC.

No ano de 1972, portanto, o planejamento familiar ressurgira com força, na voz de incontestáveis representantes da elite empresarial e política do país, com a idéia de democratização do acesso aos meios anticoncepcionais como uma questão de direito de cidadania devido ao trabalho e as pressões que todas estas instituições vinham exercendo.

O governo brasileiro assumiria oficialmente em 1974, pela primeira vez, o planejamento familiar como um direito humano fundamental. O evento catalisador foi a realização, em Bucareste, capital da Romênia, entre os dias 19 e 30 de agosto daquele ano, da Conferência Mundial de População. A Conferência de Bucareste, promovida pela ONU, tinha como principal material de trabalho um incisivo “Plano de Ação Mundial de População”, elaborado pelos Estados Unidos de América. Esta Conferência foi a primeira de caráter intergovernamental (SOBRINHO, 1993).

Após esta Conferência, foi criada a Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar - ABEPF, em 1981; uma organização privada e sem fins lucrativos, na qual a BEMFAM não se associou.

Esta organização teve por objetivo organizar e promover programas de iniciativa privada sem fins lucrativos, para a prestação de serviços de planejamento familiar, em nível nacional, que assegure a sua eficácia. Como também, desenvolver normas, rotinas e procedimentos recomendáveis à prestação de serviços de planejamento familiar no Brasil, revisando a legislação e códigos de ética em vigor, propondo assim modificações compatíveis.

A ABEPF define-se como a maior associação no gênero na América Latina, com previsão de atendimento, através de suas associadas, de 600.000 clientes por ano.

Quase 10 anos depois da Conferência de Bucareste, surgiria o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM, política oficial do governo que passou a integrar o planejamento familiar aos serviços de assistência à saúde da mulher CPAIMC; tendo assim, nomes parecidos e propostas idênticas.

De acordo com Sobrinho (1993 p. 176):

A implantação do PAISM foi, desde o início, realizada segundo uma cuidadosa estratégia política. (...) Um verdadeiro plano de guerra, com todos os elementos fundamentais que devem compor um cenário de combate, um objetivo a atingir, aliados a conquistar, inimigos a imobilizar. Os aliados potenciais eram dois, importantes por sua forte presença na sociedade, cada qual com seu posicionamento específico sobre o assunto: a Igreja Católica e o Movimento de Mulheres, através de seus diversos grupos de reflexão e ação.

A partir deste programa, o governo tinha como objetivo, além de aumentar a cobertura e concentração do atendimento pré-natal, proporcionar equanimidade na utilização desses serviços a toda a população, melhorar a qualidade da assistência ao parto, desenvolver atividades de regulação da fertilidade humana, implementando métodos e técnicas de Planejamento Familiar, diagnosticando e corrigindo estados de infertilidade.

A compreensão maior da proposta do PAISM é a de que as ações previstas fazem parte de um programa global de assistência primária à saúde da população. Contudo, particularizar a atenção à saúde da mulher significa apenas um passo no sentido de aumentar a capacidade resolutiva da rede básica de serviços, trabalhando dentro de uma nova óptica – a da assistência integral – de modo a contribuir para o desenvolvimento institucional do setor e para a reordenação do sistema de prestação de serviços de saúde como um todo. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1984, p. 26).

Em Florianópolis, a Secretaria Municipal de Saúde implantou o PAISM no ano 1986, com apoio da Secretaria de Estado da Saúde – SES, e do Ministério da Saúde, com a peculiaridade de ser um município pólo e, sede de uma micro-região e sede administrativa do Estado de Santa Catarina.

As últimas informações, colhidas em dezembro de 1990, informam que o PAISM, o primeiro programa nacional e oficial que contemplou o Planejamento Familiar no Brasil, está, na prática, funcionando mal. É o que se dá, afinal, com os serviços públicos de assistência à saúde, de uma maneira geral, cuja deficiência crônica se faz cada vez mais evidente e grave. Mas uma coisa é inegável: a questão do planejamento familiar, ou do controle da natalidade, ou da regulação da fecundidade, está agora, no Brasil, envolta em

um discurso novo construído através de uma complexa sucessão de embates, antagonismos e alianças entre interesses diversos (SOBRINHO, 1993).

Nessa direção, propõe-se apresentar algumas reflexões, que ao longo da história foi construindo a concepção de planejamento familiar no Brasil.

### 1.3 POLÍTICAS DE PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL

As discussões em torno do Planejamento Familiar começaram em meados da década de sessenta. Até então havia uma relativa consensualidade em torno do pró-natalismo e prevalecia a idéia de que a evolução da sociedade brasileira passava pela expansão em qualidade e quantidade da população.

No Brasil, até algumas décadas atrás, havia uma política natalista devido ao contexto sócio-econômico da época, pois a economia era basicamente agrícola e toda a família trabalhava na agricultura, por isso quanto maior a família maior mão-de-obra para o trabalho. Com a urbanização da sociedade brasileira e a industrialização é que houve uma preocupação com o planejamento familiar (RODRIGUES, 1990).

A partir de 1965, novas formas de ver a questão populacional ganharam corpo. A relação entre pobreza e natalidade adquiriu ampla visibilidade na sociedade brasileira, relacionava-se miséria a um alto crescimento demográfico.

O debate “anticontrolismo” versus “antinatalismo” só veio à tona, no Brasil, em meados da década de sessenta. Desde o primeiro momento em que, logo após o golpe militar de 1964, levantaram-se vozes favoráveis à instituição de uma política de controle da natalidade no país, houve forte reação à idéia por parte de diversos segmentos da sociedade (SOBRINHO, 1993).

O antinatalismo, que segundo o Ministério da Saúde, pode ser definido como “a teoria que prega que somente através do controle dos nascimentos pelo uso de contraceptivos artificiais é que se poderá controlar o tamanho da população para que se consiga o máximo de bem-estar econômico”. Já o anticontrolismo é definido como a reação de uma postura contrária à primeira.

Estas duas posturas antagônicas conviviam na sociedade e no governo brasileiro em relação às políticas populacionais, “coalizão antinatalista e coalizão anticontrolista”.

A primeira colocou atores sociais como o governo norte-americano, preocupado com uma suposta explosão demográfica que estaria em curso no terceiro mundo; militares

da Escola de Guerra, que passaram a ver no crescimento populacional, uma ameaça à “segurança nacional”; grandes empresários que percebiam na taxa de crescimento demográfico um obstáculo ao desenvolvimento nacional, assim como grupos médicos interessados em abrir espaço para o exercício do Planejamento Familiar no país.

Após a Segunda Guerra Mundial, vivenciou-se o processo de industrialização, onde os países de Terceiro Mundo eram dependentes em relação aos países industrializados, esses eram submetidos às políticas de bancos e empresas multinacionais, o que aconteceu também com as questões relacionadas ao controle da natalidade.

Os Estados Unidos, juntamente com a organização das Nações Unidas-ONU, em 1965, intensificaram o impacto do Planejamento Familiar nos países do Terceiro Mundo, com a distribuição de anticoncepcionais. Estes foram doados por países desenvolvidos através do Fundo das Nações Unidas para Atividades Populacionais – FUAP (HERMÁCULA, 1984; SOBRINHO, 1993).

A segunda, a coalizão anticontrolista, formou-se por reação à primeira, na década de 70 além dos poderes paralelos da Igreja Católica, que por manter a ordem moral posicionou-se contra o uso de anticoncepcionais; e da “esquerda”, por perceber no discurso antinatalista uma manifestação capitalista; é marcante a oposição por parte das Forças Armadas de “direita”, que defendiam a necessidade de que os espaços vazios do território brasileiro fossem ocupados.

Deve-se a isso, o fato de o Estado, juntamente com a Igreja, incentivaram à população a aumentar suas famílias através de políticas natalistas, objetivando a sua expansão econômica. Mesmo que suas ações não tenham se mostrado muito eficientes nem tão pouco incisivas, cabe ressaltar que o Estado rejeitou a interferência de organismos internacionais.

Segundo (SOBRINHO, 1993, p. 37):

A idéia do controle da natalidade, que apareceu ligada a expressões como Planejamento Familiar e Paternidade Responsável, entre outras, foi identificada, por esses setores, como algo imoral, injustificado, mais uma das facetas da dominação burguesa, uma idéia antinacionalista, uma manobra imperialista dos Estados Unidos, um atentado à segurança nacional, etc. Este conjunto de atores sociais manifestou-se, portanto, não propriamente através de uma doutrina afirmativa de princípios, um conjunto de idéias estruturalmente interconectadas, um discurso que se validasse, proeminentemente em si próprio. Ao contrário, manifestou-se como reação. Expressou-se como anticontrolismo, e não como pró-natalismo.



Mas, assim como em qualquer sistema de classes, os interesses reprodutivos entre os camponeses, operários e a classe dominante divergiam.

No entanto, as famílias camponesas desafiavam as políticas natalistas propagadas pelo Estado e pela Igreja, a fim de garantir a sua sobrevivência, praticando diversos atos reguladores da população. Nessa época, além do aborto provocado, o infanticídio e a restrição sexual, destacavam-se também os métodos de contracepção que utilizavam vários tipos de técnicas de satisfação sexual que não fossem reprodutivas, como o homossexualismo (RODRIGUES, 1990).

Com o correr dos anos, vemos como a Igreja vem mantendo esse posicionamento contrário à regulação da natalidade, pois até hoje ela revela uma postura rígida ou de oposição enquanto ao uso de métodos anticonceptivos.

Para a Igreja, os contraceptivos, vão contra a natureza, desta forma, contra a doutrina cristã, e ainda, não estão de acordo com as normas da moral; sendo o agir moralmente bom. Um dos últimos posicionamentos da Igreja pronunciado pelo Papa João Paulo II, faz referência quando diz o seguinte:

atesta e exprime a ordenação voluntária da pessoa para o fim último e a conformidade da ação concreta com o bem humano, tal como é reconhecido, na verdade pela razão. Se o verdadeiro bem da pessoa, a escolha de tal ação, torna a nossa vontade e nós próprios moralmente maus e, põe-nos em contraste com nosso fim último, o bem supremo, isto é, o próprio Deus (PAPA JOÃO PAULO II, 1993, p. 94).

Embora não se implementasse uma política oficial de contracepção, o Estado permitiu que instituições não governamentais aplicassem medidas de controle demográfico através de programas de planejamento familiar (BARROSO, 1984).

Algumas análises apontam esta situação como uma “omissão planejada”, ou seja, uma política implícita de regulação em que o governo não atuava, mas permitia a ação de organismos internacionais.

Instituições privadas como a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil – BEMFAM, atua no sentido de projetos educativos difundindo as vantagens de uma família reduzida e o uso de práticas anticoncepcionais para evitar o grande número de abortos provocados, que segundo estes médicos, ocorriam por falta de informação e acesso às práticas anticonceptivas. De acordo com Sobrinho (1993), agências internacionais não governamentais patrocinavam as atividades da entidade.

A partir dos anos setenta, se reconhecem várias iniciativas importantes tomadas pelo Estado, entre elas o Ministério da Saúde criou em 1978 o Programa de Saúde Materno Infantil e, em 1983, criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

A consagração do direito ao planejamento familiar está explícita na Constituição Federal de 1988, no parágrafo 7 do art. 226. Ali estão estabelecidas as diretrizes a serem obedecidas pelo legislador ordinário, que não deve vincular direito e acesso aos serviços de planejamento familiar às políticas de controle demográfico. Entre estas diretrizes figuram, a liberdade de decisão do casal e a responsabilidade do Estado em prover recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito.

Mais tarde, a Constituição Federal de 1988 trouxe avanços quando em 1990, com a regulamentação do Sistema Único de Saúde, os poderes regionais tentaram desenvolver novas práticas relativas ao planejamento familiar e à saúde reprodutiva, envolvendo-se no combate às Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, na prevenção do aborto, da gravidez na adolescência e dos problemas de menopausa.

O princípio que fundamenta o SUS é a saúde como um direito social, que se coloca como um direito do povo e dever do Estado, conquistado com a participação do cidadão, da família, da sociedade, das empresas e outros atores sociais (O' DWYER; LEITE, 1997, p. 91).

O SUS, enquanto um direito garantido por lei, deve ser responsável não apenas pelo atendimento médico curativo, mas também proporcionar ações de caráter preventivo e de promoção à saúde individual e coletiva. No entanto, parece que essa concepção de saúde está em processo de resignificação, mas mesmo assim, não se percebe muitos avanços no que se refere aos programas de Planejamento Familiar. Infelizmente, o que vem se constatando, é que os serviços de saúde no Brasil, estão muito voltados para o atendimento ao doente, o que ocorre por especialidade, havendo uma grande centralização na figura do médico. Não se tem a cultura de cuidar da saúde das pessoas no sentido de prevenção, geralmente a pessoa é tratada quando já está doente. Nesse sentido, os serviços de prevenção e educação para a saúde ainda são insuficientes, incluindo aí as ações de Planejamento Familiar.

Mas, apesar da regulamentação do SUS e da criação do PAISM, o que podemos perceber é que ainda não existe uma política governamental de população referente à fecundidade no Brasil. O que existe é uma política pública de saúde que contempla a

questão da concepção/contracepção, ou seja, como modo de controle da natalidade e não voltada para a saúde da mulher de forma mais abrangente.

Este, por sua vez, não está tendo condições de atender a demanda de forma satisfatória, devido a própria situação em que se encontra a área da saúde no país.

Vemos como essa situação que se refere à implementação de uma política de população quanto à fecundidade não está dando conta; por um lado é reflexo de uma postura do Estado que se desresponsabiliza do seu dever por não oferecer os meios necessários para sua realização, e por outro o assegura como um direito do cidadão em relação à legislação implícita na Constituição Federal de 1988, que no seu artigo nº. 226, inciso 7º, diz o seguinte:

Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado, propiciar recursos educativos e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.

Sendo assim, no Brasil, quando se pensa em planejamento familiar percebe-se que foram mais marcantes e abrangentes as políticas não oficiais de entidades privadas de planejamento familiar, entre elas a BEMFAM e a Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar-ABEPF, buscando influenciar na queda da taxa de natalidade do país através da propagação dos métodos contraceptivos a fim de frear o crescimento demográfico.

Devido a influência das políticas oficiais e não-oficiais da saúde da mulher, houve um grande declínio da taxa de natalidade nos últimos anos. Pode-se pensar que esse declínio da taxa de natalidade no país seja um reflexo da atuação das políticas não-oficiais, já que após a Constituição Federal a política oficial é desenvolvida pelo PAISM que vem funcionando com certas dificuldades. Também é necessário analisar o fato, considerando a conjuntura de transformações econômicas e políticas decorrentes do capitalismo, assim como seus impactos sociais e culturais ocorridas nos últimos tempos no Brasil, principalmente no que se refere às políticas de seguridade social.

Dentro dessa conjuntura, para exercer a sua vida reprodutiva, deveria ser assegurado à mulher, como todo cidadão, melhor acesso às políticas econômicas, sociais, de saúde e de educação (...). Dentro de todo este



contexto, a mulher se vê obrigada a definir sua fertilidade e controlar sua vida reprodutiva (MURAYAMA, 1992, p. 127).

Em decorrência das recomendações da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento realizada no Cairo em 1994, foi criada pelo governo federal em 1995, a Comissão Nacional de População e Desenvolvimento (CNPD), com a finalidade de contribuir para a formulação de políticas e implementação de ações relativas à população e ao desenvolvimento, bem como monitorar, avaliar e revisar a execução dessas políticas e ações. (BERQUÓ, 1998, p. 30).

Tais ações indicam que, além das dificuldades de sua implementação, existe uma disposição institucional para incorporar as demandas relativas à saúde reprodutiva, à agenda política do Estado, como resultado do intenso debate que vem ocorrendo com a sociedade civil organizada. Esta disposição, no entanto, encontra como forte obstáculo, a escassez de recursos que vem sofrendo o setor nos últimos anos, em virtude das diretrizes gerais da política macroeconômica.

É nesse contexto que seus desdobramentos são percebidos, uma vez que em Santa Catarina, até o ano de 1986 o Planejamento Familiar não passava de ações isoladas. Mas somente em 1996 que oficialmente o Planejamento Familiar foi incorporado na rede das políticas de saúde pela Secretaria Estadual de Saúde.

O Estado, desde então, vem seguindo a proposta do Ministério da Saúde, estabelecendo que:

Todas as ações destinadas a prevenir a doença ou promover a recuperação da saúde da mulher e da criança deverão nortear-se pelo princípio da integralidade da assistência, buscando-se na prática, uma abordagem integral do indivíduo e nos grupos onde atua, procurando efeitos em âmbito coletivo e de proteção duradoura (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, 1995, p. 03).

A partir de 1996, com a implantação do Programa de Planejamento Familiar, o Estado de Santa Catarina se propôs a estimular a implantação do Programa de Atenção Integral ao Planejamento Familiar nos municípios, introduzindo técnicas de contracepção, diagnosticando e corrigindo a situação de infertilidade e esterilidade conjugal. Esse programa vem sendo realizado através de ações educativas em que são adotados processos

de vivência em grupo, precedendo as atividades clínicas, as quais compreendem todos os procedimentos ambulatoriais.

Além da rede básica de saúde, funciona também no município de Florianópolis, o setor de Planejamento Familiar da Policlínica de referência do Estado. Outra instituição que presta este serviço é o Hospital Universitário - HU, desde 1998, através do atendimento em grupo que se organiza no sentido de atender os direitos reprodutivos dos usuários do programa.

No HU, o fluxograma de atendimento na instituição prevê uma primeira consulta com o médico, esta consulta é marcada via Centros de Saúde para o HU, o médico encaminha o interessado ao Serviço Social para agendar uma participação junto a um grupo de orientação sobre saúde reprodutiva e métodos contraceptivos. Essa etapa é coordenada pela enfermagem e pelo serviço social, dando as orientações necessárias e informando sobre os vários métodos de evitar a gravidez.

O grupo é o campo no qual situações de vida concreta se representam ou se reapresentam. As comunicações entre as várias experiências se integram, se modificam, num sistema articulado, multirrelacional. O trabalho em grupo favorece situações de envolvimento, troca, participação, comunicação e criatividade (...) o grupo abre possibilidades de diminuir o isolamento psicológico e social que em geral imobiliza os indivíduos das camadas empobrecidas, e pode auxiliar essas pessoas na tarefa de encontrar mecanismos de enfrentamento das questões do cotidiano (GUIMARÃES, 2002, p. 177).

Atualmente a política pública brasileira no que se refere ao planejamento familiar visa garantir através de ações de saúde pública municipais e pela regulamentação da esterilização feminina (Lei n. 9.263 de 12 de janeiro de 1996), que a noção de direito e saúde reprodutiva estabelecidos na Constituição Federal de 1988 na prática vem se efetivando, tendo como fundamento o bem estar social do indivíduo, família e sociedade. Vale ressaltar que através dessas ações, os objetivos do Estado não se resumem ao controle da natalidade.

No que tange o espaço físico e organizacional do HU esta Lei impôs ao Sistema Médico-Hospitalar, enquanto estrutura do Sistema Único de Saúde - SUS, a necessidade de adequar o desenvolvimento de suas ações multidisciplinares dentro do marco da referida lei.

Fazendo uma retrospectiva sobre o Planejamento Familiar no Brasil, percebe-se que é de resistência das famílias a idéia da Igreja e posteriormente a inexistência de uma postura do Estado já que por quase duas décadas não se teve avanços.

Somente em 1988 passa a ser considerado um direito do cidadão e dever do Estado em oferecer meios para sua realização, mas atualmente o Planejamento Familiar ainda não é reconhecido oficialmente como política pública.

A partir desta análise sobre a política de planejamento familiar no Brasil e uma breve aproximação desta política realizada no Estado de Santa Catarina, passamos a abordar a temática saúde reprodutiva com enfoque nas relações de gênero, partindo do princípio de que o exercício dos direitos reprodutivos não se refere unicamente ao sexo feminino, mas que implica uma abordagem relacional nas ações de planejamento familiar.

## **CAPÍTULO 2 - SAÚDE REPRODUTIVA E RELAÇÕES DE GÊNERO**

### **2.1 AS RELAÇÕES DE GÊNERO NA EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS REPRODUTIVOS**

As discussões sobre planejamento familiar e relações de gênero ganham maior expressão em 1968 com o reconhecimento por parte da ONU considerando-o como um direito humano. Tem como marco a Conferência do Cairo que sintetizou este processo, construindo uma definição da noção de saúde reprodutiva que resgata tanto os itens contidos na proposta da Organização Mundial da Saúde - OMS elaborada em 1994, quanto às demandas geradas pela sociedade civil com destaque dos Movimentos Feministas.

Nesta Conferência, foi reconhecido o direito reprodutivo das mulheres, o acesso a métodos contraceptivos civilizados e, nos casos permitidos por lei, acesso ao aborto seguro, em hospital. Foi aprovado, ainda, um plano de ação que busca estabilizar o crescimento da população mundial nos próximos 20 anos, promovendo melhores condições para a mulher. (Conferência Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 1994).

As reflexões políticas conduzidas pelas Feministas reafirmam lutas pelos seus direitos de cidadania e encontram “eco” nas Conferências das Nações Unidas. Assim, as mulheres, através das redes de lideranças, reconheceram a Conferência do Cairo como um componente da agenda de prioridades; até porque, a partir daí, poderia ser reorientado o eixo da questão populacional ao colocar a regulação da fecundidade no plano dos direitos individuais. O Planejamento Familiar, com esta perspectiva, deixa de ser o mecanismo de controle populacional, a partir da concepção referida no documento do Cairo ele passa a ser uma ação que consagra os Direitos Reprodutivos (BERQUÓ, 1995).

O planejamento familiar para as Feministas, consiste no respeito ao direito da mulher de decidir sobre a maternidade, ter condições de vida e de trabalho durante a gestação, ser capaz de criar os filhos que deseja, visando a defesa da sua realização em toda rede de serviços de saúde pública e das previdências sociais, também repudia a esterilização forçada ou induzida e defende o acesso às informações e o fornecimento de contraceptivos pelo Estado.

Transcendendo aquilo que poderia significar apenas um modelo de assistência à saúde, tal definição se apóia numa perspectiva de gênero e defende, dentre outras coisas, a liberdade e a dignidade da pessoa humana no campo do comportamento reprodutivo.

Fazendo referência a documentos elaborados na Conferência do Cairo a Comissão Nacional de População e Desenvolvimento - CNPD e o Fundo das Nações Unidas para Atividades Populacionais - FNUAP “A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não a simples ausência de doença ou enfermidade” (1995, p. 57).

Tal estado de bem-estar implica uma vida sexual segura e satisfatória, a liberdade de decidir sobre a prole, o acesso aos métodos eficientes e seguros de contracepção, a segurança durante a gestação e o parto, e a proteção contra as Doenças Sexualmente Transmissíveis.

O documento do Cairo vai expressar textualmente, a idéia de que os esforços em saúde reprodutiva correspondem ao reconhecimento dos direitos reprodutivos enquanto direitos humanos e, em nome deles, condenar qualquer discriminação, coação ou violência que possa pretender interferir nas decisões reprodutivas (BILAC; ROCHA, 1998, p. 12).

Tendo em conta e compreendendo a noção de saúde reprodutiva, implica uma reelaboração do conceito de planejamento familiar, na proporção em que o insere no âmbito dos direitos reprodutivos, observa-se que analisar a saúde reprodutiva a partir de uma perspectiva de gênero significa compreendê-la não apenas em seu aspecto biológico, mas no aspecto relacional sobre o masculino e feminino, que incluem diretamente os âmbitos da sexualidade e da reprodução, bem como as tensões inerentes a estes campos.

Tais tensões se originam nos esquemas de dominação que se estabelecem entre homens e mulheres na proporção em que gênero é um elemento constitutivo das relações sociais fundada sobre as diferenças percebidas entre os sexos, constituindo-se, portanto, num primeiro modo de dar significado às relações de poder. (SCOTT, 1990, p. 14).

Inicialmente, a categoria gênero já havia sido entendida, na década de 70, como forma de distinção entre os sexos, simplificando-a ao fator biológico. Ainda ouvimos, nos dias de hoje, referências ao gênero como característica sexual, fala-se então em gênero masculino e gênero feminino, uma conotação bastante errônea daquela que aqui queremos nos referir.

Foi entre 1985 e 1990 que a categoria Gênero no Brasil, passa a ser utilizada de forma mais sistemática entre as estudiosas para enfatizar a construção social e histórica produzida sobre as características biológicas de uma determinada pessoa.

mais recentemente, demasiado recente, para que pudesse entrar nos dicionários ou na *Encyclopedia of Social Sciencis*, as feministas começaram a utilizar a palavra ‘gênero’ mais seriamente, num sentido mais literal como uma maneira de se referir à organização social da relação entre os sexos(...). Ainda sua utilização mais recente, o termo ‘gênero’ parece ter feito a sua aparição inicial entre as feministas americanas, que queriam enfatizar o caráter fundamentalmente social das distinções baseadas no sexo ou diferença sexual (SCOTT, 1995, p. 72).

Enquanto que o termo sexo descreve características e diferenças biológicas, gênero aborda diferenças ou desigualdades socioculturais existentes entre mulheres e homens e que repercutem na esfera da vida pública e privada de ambos sexos, impondo a eles papéis sociais diferenciados.

O masculino e o feminino são criações culturais e como tal, são comportamentos apreendidos através do processo de socialização que condiciona diferentemente os sexos para cumprirem funções sociais específicas e diversas. Essa aprendizagem é um processo social. Apreendemos a ser homens e mulheres e a aceitar como naturais as relações de poder entre os sexos (ALVES e PITANGUY, 1991, p. 55).

O conceito passa a ser usado de forma relacional, ou seja, os estudos feministas que enfatizam só as mulheres, agora passam a referir-se de forma explícita a homens e mulheres, passam a ser chamado de estudos de gênero ou das relações de gênero.

O conceito de gênero permite vislumbrar as desigualdades entre os sexos enquanto uma operação da cultura onde o masculino é valorizado mais do que o feminino. Esta desigualdade que na maioria das vezes favorece o masculino justifica a necessidade de produzi-lo como uma identidade separada do feminino; esta desigualdade se torna difícil de ser superada na proporção em que não apenas os assuntos ligados à reprodução se associam à imagem feminina, mas a própria reprodução social levada a cabo, muitas vezes, sob a iniciativa das mulheres que se encarregam de reforçá-la. Um dos principais elos que justifica a discussão do planejamento familiar que categoriza as relações de gênero



encontra-se na origem das relações de poder, isto é; os papéis que são atribuídos às mulheres estão relacionados à história e a cultura de diferentes povos e nações.

Nesta perspectiva, é possível conceituar a palavra gênero que nas reflexões de Scott (1987, p. 86) é definido em duas partes:

*O núcleo da definição repousa numa conexão integral entre duas proposições: (1) o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e (2) o gênero é uma forma primária de dar significado às relações de poder. As mudanças na organização das relações sociais correspondem sempre a mudanças nas representações de poder, mas a mudança não é unidirecional.*

As relações de poder entre homens e mulheres devem ser analisadas com referência também ao patriarcado, uma vez que a mulher foi subjugada à dominação masculina devido aos princípios do modo patriarcal, que pode ser definido como:

*um sistema ideológico, uma ordem social genérica de poder, baseada em um modo de dominação cujo paradigma é o homem. Esta ordem assegura a supremacia dos homens e do masculino sobre a inferiorização prévia das mulheres e do feminino. (LAGARDE, 1996, p. 52).*

Englobando não só os Estados Unidos, mas também o Brasil, o sistema capitalista consolidou-se mundialmente nas bases do sistema patriarcal, onde o domínio das decisões políticas e as relações de produção foram reafirmados, ideológica e culturalmente, como natural ao homem, e que à mulher condizia os afazeres do universo doméstico, construindo assim um processo de segregação sexual muito forte às atividades em sociedade desempenhadas por ambos os sexos.

*é com o final da 1ª Guerra Mundial e o retorno da força de trabalho masculina, que a ideologia que valoriza a diferenciação de papéis por sexo, atribuindo à condição feminina o espaço doméstico, é fortemente reativada, no sentido de retirar a mulher do mercado de trabalho para que ceda lugar aos homens. (ALVES e PITANGUY, 1991, p. 50).*

O modelo patriarcal, ao longo de sua existência, deixou raízes profundas no campo da produção do conhecimento, na lógica do funcionamento das instituições públicas e privadas e nas relações de gênero.

De acordo com Capra (1982, p. 29), o patriarcado era o único sistema que, até data recente, nunca tinha sido abertamente desafiado em nossa história documentada, e cujas doutrinas eram tão universalmente aceitas que pareciam construir leis da natureza; na verdade eram usualmente apresentadas como tal. Hoje, porém, a desintegração do patriarcado tornou-se evidente e necessária.

É importante conscientizarmo-nos de que a desigualdade entre os gêneros é histórica, social e culturalmente construída, e como tal, pode e deve ser desconstruída.

O olhar através da perspectiva de gênero nomeia de outras maneiras as coisas conhecidas e lhe outorga outros significados. Inclui o propósito de revolucionar (desconstruir) a ordem dos poderes entre os gêneros, e com ele a vida cotidiana, as relações, os papéis e os estatutos da mulher e do homem. Abrange de maneira concomitante, mudar a sociedade, as estruturas mentais cristalizadas, as normas, as carências e o Estado (CAPRA, 1982).

A consciência da desigualdade de direitos entre os sexos, bem como nos papéis construídos nas relações homem – mulher, vêm trazer um novo modo de entender tais relações: a concepção de gênero (masculino x feminino). Assim, a luta pela igualdade não se refere especificamente a serem iguais no sexo, mas eliminar o exercício de discriminação no interior das relações sociais.

[...] o gênero constitui um eixo do qual o poder é distribuído e exercido. Sobretudo, quando se fala em termos de categorias sociais de gênero masculino e feminino, convém lembrar que a busca do exercício do poder trava uma luta permanente com a distribuição desigual de suas oportunidades (SAFFIOTI e ALMEIDA, 1992, p. 02).

Temos então, os papéis homem – mulher construídos culturalmente através da sociedade em que se está vivendo. No espaço doméstico, percebe-se nitidamente a divisão de tarefas entre os sexos. Os direitos da mulher não evoluíram tal como evoluiu a sociedade, que se foi modificando, passando da patriarcal à nuclear, até chegar na moderna.

A perspectiva de gênero segundo Lagarde (1996), exige uma nova postura frente à concepção de mundo, aos valores e ao modo de vida, ou seja, põe em crise a legitimidade do mundo patriarcal; esta perspectiva permite compreender que as relações de desigualdade e iniquidade entre os gêneros são produto da ordem social dominante, e que



as múltiplas opressões de classe, raça, etnia, geração, que se exercem sobre a mulher, configuram uma superposição de domínio.

Nesta perspectiva de gênero e ao mesmo tempo de desconstrução, Lagarde (1996), propõe uma nova concepção de poder a partir da realidade das mulheres, não um poder que domina, oprime e subjuga, mas um poder que afirma, emerge e valoriza.

Para que esta nova concepção de poder possa ser colocada em prática, é necessário que aconteçam mudanças estruturais nas mentes, nas estruturas e nas instituições da nossa sociedade.

É de fundamental importância, rever esses modelos de socialização e envolver os homens desde cedo em espaços públicos e privados. Pensar o planejamento familiar a partir da perspectiva de gênero trata-se da possibilidade de alterar o valor cultural que envolve o feminino e o masculino, isto é, romper com o pensamento tradicional e conservador que definem a estrutura econômica e superestrutura política, desmistificar posições e papéis sociais, mas principalmente superar os preconceitos que envolvem a construção da sociedade capitalista.

Para isto, faz-se necessário abordar a participação dos homens no campo do comportamento reprodutivo, já que ao longo dos anos o planejamento familiar foi sendo reivindicado como um direito tanto da mulher quanto do homem, isto é; a mulher deixa de ser vista como imagem da reprodução e como a única responsável pela criação dos filhos, atribuindo responsabilidades também aos homens como partícipes da vida sexual reprodutiva, assim como no espaço doméstico, assuntos estes que abordamos no item seguinte.

## 2.2 PLANEJAMENTO FAMILIAR: A PARTICIPAÇÃO DOS HOMENS

As discussões atuais e estudos sobre a participação masculina no campo do comportamento reprodutivo têm se tornado mais frequente a partir das décadas de 1970 e 1980, em virtude de vários fatores que se interrelacionam, agindo uns sobre os outros. Dentre esse fatores se destacam as mudanças culturais, impulsionadas principalmente pelos movimentos feministas, que atuam no sentido de redefinir o papel da mulher na sociedade, assim como no questionamento sobre os padrões tradicionais de relações afetivas e familiares, o exercício da sexualidade e da reprodução; os conseqüentes rearranjos das relações de gênero, causados, dentre outros fatores pelas redefinições do papel masculino na família. Também merece destaque o papel da mídia como divulgadora destas mudanças e a influência das práticas médicas no campo da contracepção, que após terem se concentrado na figura feminina, voltam-se também para o homem, tanto para buscar seu apoio quanto para tentar transformá-lo em protagonista, por reconhecer sua importância.

De acordo com Fuller (1997, p. 43):

A identidade masculina, não é unicamente uma forma de viver a sexualidade, de cumprir com certas funções reprodutivas (...) mas o símbolo de um sistema de hierarquias sociais no qual os homens exercem poder sobre as mulheres. Também é verdade que os cambios operados especialmente, ao longo das três últimas décadas nas mentalidades e nas relações propostas pelas mulheres e pelos homens, tem sido um princípio e um elemento fundamental para a construção de novas identidades masculinas.

Inúmeras contribuições teóricas têm questionado o modelo dominante de masculinidade, tentando desvendar a complexidade existente por detrás das representações sociais sobre o masculino, contribuindo para tentar superar a excessiva concentração na imagem que associa a mulher à reprodução.

Os homens geralmente são considerados como obstáculos ou apoiadores da regulação da fecundidade de suas parceiras, e não como seres que podem regular sua fecundidade. Compreender estas diferenças determina incorporar nas considerações sociais e institucionais as relações de poder e de dominação presentes entre os homens e mulheres, pois, estaria se considerando às mulheres como seres com sexo, mas sem sexualidade, e simultaneamente, responsáveis últimas da regulação do tamanho da família (FIGUEROA, 1996).

Neste sentido, temos a contribuição de Nolasco (1998), que analisa a crise de identidade masculina no contexto da modernidade em seu aspecto positivo, ou seja, como uma possibilidade para os homens diferenciarem-se do padrão de masculinidade socialmente estabelecido para eles. Dentre estas novas possibilidades o autor refere maior participação e envolvimento com os filhos e com o cotidiano doméstico.

A partir de 1975 o conhecimento sobre a situação de mulheres e homens tem aumentado, e isso contribuiu para a adoção de medidas voltadas para promover a igualdade entre ambos.

Importantes mudanças nas relações entre mulheres e homens, foram registradas em vários países, sobretudo naqueles onde ocorreram grandes avanços na educação da mulher e significativo aumento em sua participação na força de trabalho remunerada. As fronteiras entre as funções produtivas e reprodutivas na divisão do trabalho têm sido gradativamente eliminadas, na medida em que a mulher tem começado a participar das esferas de trabalho onde anteriormente predominavam os homens e, também, pelo fato de os homens terem começado a aceitar mais responsabilidades domésticas, incluindo o cuidado com os filhos (BARSTED, 2001, p. 90).

O que se logra evidenciar, é o início de uma mudança na forma de assumir as responsabilidades por parte do homem, assim como um câmbio no posicionamento da mulher com respeito às decisões relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva do homem.

Há uma necessidade de superar a visão excessivamente biológica do comportamento masculino e feminino representada pelos órgãos sexuais e socialmente construída pelas diferenças anatômicas visíveis. De acordo com Louro (1996, p. 11),

Há uma estreita imbricação do social e do biológico, embora continuemos afirmando que a construção dos gêneros é fundamentalmente, um processo social histórico, temos de admitir que esse processo envolve o corpo dos sujeitos.

Estes dois pressupostos possibilitam a compreensão tanto dos processos históricos, que na nossa sociedade transformaram a reprodução num atributo quase exclusivamente feminino, tendo construído as representações sobre o masculino como algo que se lhe

opõe, quanto à compreensão dos fatores que nas últimas décadas têm atuado no sentido de modificar o perfil masculino tradicional.

Segundo Giffin, (1994, p. 39):

o controle da fecundidade como a participação da mulher no mercado de trabalho, são requerimentos para a sobrevivência familiar, já aceitos pelos homens como obrigações sociais da mulher (...). Estamos diante de um movimento histórico de transição de gênero, ou seja, não há avanço no sentido de igualdade de gênero, mas reelaborações da desigualdade de classe e de gênero.

É neste sentido que, de acordo com o documento *Derechos Sexuales y Reproductivos de los Varones* (1998, p. 18) fica definido que,

Os Direitos Sexuais e Reprodutivos, devem orientar e proteger as compreensões e práticas responsáveis, livres e informadas dos indivíduos, sendo universalmente aceitos ao contextualizar-se sob o princípio da equidade nas relações entre homens e mulheres, de maneira que possam cumprir eficaz e eficientemente um papel de garantia e benefício, simbólico e prático para ambos e cada um dos membros de um casal. Isto é, que não deve sugerir-se esquemas que indiquem desde os aspectos biológicos da reprodução, as responsabilidades sociais, exclusivamente às mulheres.

Aqui surge um terceiro pressuposto, o de uma aparente inversão na tradicional divisão sexual do trabalho da família, ou seja, mães que trabalham fora da casa e pais que se dedicam aos cuidados da casa e da prole.

Tem aumentado significativamente o número de mulheres que trabalham fora de casa. Em 1970, 18% das mulheres com mais de 10 anos tinham emprego, 17 anos depois, esse número aumentou para 37% destas, sendo que a maior proporção é de mulheres casadas com filhos. De cada 100 mães com filhos maiores de 7 anos, 41 passaram a ter atividades econômicas, na década de 80, quando menos de 25 o faziam na década anterior (KACZUR, 1995, p. 16).

Tendo em conta a existência de situações deste tipo, podemos dizer que os papéis tradicionais, tanto feminino quanto masculino, estão mudando. A participação do homem

em áreas que tradicionalmente eram consideradas femininas, estão ajudando a redefinir a relação inter-conjugal e a criar uma relação mais sistemática entre os cônjuges.

Segundo (MUNDIGO, 1995, p. 18):

Questões de igualdade nas negociações sexuais, responsabilidade partilhada dos resultados, controle dos recursos do lar, decisões conjuntas sobre contracepção e número desejado de filhos, estão se tornando os tópicos importantes para os debates sobre política populacional e de planejamento familiar. O que necessita ser resolvido, é a tensão entre as diferenças e funções entre os sexos de um lado, e a igualdade de gêneros, de outro.

A questão de gênero, incorporada atualmente à discussão sobre sexualidade e reprodução, permite questionar o valor que homens e mulheres, atribuem aos eventos reprodutivos, paralelamente a reconstruir o processo histórico que levou à atribuição diferencial de direitos e responsabilidades, mas também de transformação das normatividades que moldam os espaços reprodutivos em contextos específicos, segundo Figueroa-Perea (1998, p. 89).

Justamente por levar em conta esses pontos de vista, não se admite que a igualdade de gêneros seja atingida apenas porque os homens fazem a vasectomia ou utilizam outros métodos contraceptivos, pois nos setores de baixa renda e com baixo nível de instrução, expressa mudanças culturais consideráveis, ou seja, um processo de negociação com as companheiras e um aumento da participação no campo da reprodução, que representam um avanço no plano das relações de gênero.

## **CAPÍTULO 3 - A PARTICIPAÇÃO MASCULINA NAS DECISÕES SEXUAIS E REPRODUTIVAS: A PESQUISA DE CAMPO**

### **3.1 TEMA-PROBLEMA**

No período de Estágio Obrigatório acompanhou-se o processo de atendimento do Programa de Planejamento Familiar do Hospital Universitário, o qual consiste num conjunto de informações e serviços de planejamento familiar que constitui um meio essencial para a obtenção e realização dos direitos da saúde reprodutiva.

Durante a participação do usuário junto ao grupo de orientação, a assistente social, busca levar ao interessado a refletir sobre as conseqüências do procedimento cirúrgico, foi a partir de então que me interessei pela participação dos homens no programa de planejamento familiar do Hospital Universitário.

Achamos sumamente importante a elaboração do trabalho de conclusão de curso focando o masculino, e por conseqüência as relações de gênero, já que a maioria dos trabalhos produzidos na área de planejamento familiar, estavam focados na mulher e na esterilização cirúrgica feminina.

Figuerola (1996), expressa que “poucos indicadores foram desenvolvidos do processo reprodutivo que incorporem de maneira explícita aos homens, privilegiando assim a mulher como unidade de análise, apesar de ser o casal quem se reproduz”.

Foi assim, a escolha do tema: “A participação Masculina nas Decisões Sexuais e Reprodutivas”, que resultou nesse objeto de pesquisa.

Após a revisão literatura sobre o tema da participação masculina na sociedade e das mudanças culturais que este vem causando; após fichas de triagem e entrevistas no momento do acolhimento do usuário no programa, constatou-se o aumento do número de homens que procuraram o programa no período de março a julho de 2005; o que mostra que a sociedade vem sofrendo mudanças sócio-culturais nos últimos anos, onde há uma inversão de papéis socialmente construídos do homem e da mulher que deixam de ser unicamente influenciado pelo modelo patriarcal que definiu a cultura machista do conceito de homem.

Assim, tem-se como objetivo geral compreender a participação masculina nas decisões sexuais e reprodutivas a partir dos diferentes motivos que levam a estes a optar pela esterilização. E, como objetivos específicos, verificar o aumento da participação



masculina na realização da esterilização, e identificar as motivações que influenciaram na escolha do casal pelo método da vasectomia.

### 3.2 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa ora apresentada é um estudo qualitativo, por apresentar dados objetivos e também opiniões que mostram a realidade de um determinado grupo de pessoas. Seja na utilização dos instrumentos e no teor dos dados coletados. Para (CHIZZIOTI, 1996, p. 79), abordagem qualitativa “parte de um fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito”.

A pesquisa bibliográfica foi utilizada para a análise dos dados coletados, que resgatou aspectos como a história do planejamento familiar no Brasil e as influências internacionais para a implementação das políticas públicas, até a publicação da Lei 9263, que regulamenta a esterilização no país.

Esta etapa de revisão bibliográfica ou de preparação de material antecede a análise por se tratar, segundo Bardin (1997, p. 42), de “uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação, seguido por reagrupação, segundo critérios previamente definidos”. Ainda, descreve o momento da revisão bibliográfica com:

um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos à produção/recepção (variáveis inferidas), destas mensagens. (BARDIN, 1977, p. 42).

Entre os instrumentos que possibilitam a coleta de dados e foram de fundamental importância para alcançar os objetivos propostos na pesquisa definimos como necessários os seguintes:

a) observação: esse momento da pesquisa deu-se durante o acompanhamento de duas palestras de orientação a grupos sobre saúde reprodutiva e métodos contraceptivos, através da qual foi possível tirar as dúvidas das pessoas interessadas na esterilização definitiva.

b) entrevista: as entrevistas foram realizadas no momento em que os usuários eram incluídos no programa no programa do Hospital Universitário.

Segundo, (MINAYO, 1999, p. 22):

A entrevista é o procedimento mais usual do trabalho de campo, através dela o profissional busca informes contidos na fala dos atores sociais; em relação à história de vida, como estratégias de compreensão da realidade, sua principal função é retratar as experiências vivenciadas e as definições fornecidas por pessoas, grupos ou organizações.

Conforme Gil (1999), a entrevista é considerada como uma das técnicas mais utilizadas na área das Ciências Sociais. Sobre esse aspecto discorre, “assistentes sociais, sociólogos, pedagogos, psicólogos e praticamente todos os outros profissionais que tratam de problemas humanos valem-se dessa técnica, não apenas para coleta de dados, mas também com objetivos voltados para diagnóstico e orientação”.

Nesse sentido, utilizou-se a entrevista pela possibilidade de coletar os dados dispostos na realidade do trabalho do Serviço Social.

A entrevista é do tipo estruturada com perguntas fechadas e abertas previamente formuladas pela pesquisadora, entretanto, os sujeitos da pesquisa ficavam livres para respondê-la, uma vez que as perguntas não apresentavam alternativas de respostas, o que facilitou para a coleta de dados objetivos e subjetivos. Assim, foi possível registrar aspectos e variáveis sociais e econômicas, mas principalmente qual a percepção dos entrevistados sobre a esterilização cirúrgica, considerando que o entendimento sobre o assunto é um dos motivos que influenciam na decisão do planejamento familiar pelo homem.

Todos os dados coletados permitirão compreender a participação masculina nas decisões sexuais e reprodutivas. Assim como também, foi possível, resgatar os depoimentos dos homens incluídos no programa, os diferentes motivos que levam a estes a optar pela esterilização. Algumas das análises e reflexões serão apresentadas sob a forma de tabelas.



### 3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada com os usuários do Programa de Planejamento Familiar do Hospital Universitário em Florianópolis, a escolha dos participantes da pesquisa deu-se da seguinte forma:

Durante a participação do usuário junto ao grupo de orientação, a assistente social, busca levar ao interessado a refletir sobre as consequências individuais e coletivas do procedimento cirúrgico. De um total de 50 casais que participaram das duas palestras no período de março a julho de 2005. Desse foram selecionados os casais que se decidiram pela vasectomia totalizando 100%. Foram entrevistados 50 participantes.

### 3.4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA

Vamos apresentar os dados coletados em forma de tabelas, o que permite ilustrar de forma detalhada o resultado da pesquisa realizada.

O perfil dos usuários atendidos pelo Programa de Planejamento Familiar no Hospital Universitário, de modo geral, pode ser definido como sendo de pessoas com nível sócio-econômico baixo, procedentes em sua maioria, da grande Florianópolis, mas é preciso salientar que não há um perfil único de usuário.

**Tabela 1: Faixa etária**

<b>Faixa Etária</b>	<b>Total Absoluto</b>	<b>Total Relativo</b>
30 a 34 anos	21	42%
35 a 39 anos	14	28%
40 a 44 anos	11	22%
45 a 50 anos	4	8%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pela autora

A faixa etária entre os homens entrevistados, variou de 30 a 50 anos, obtendo assim os seguintes percentuais: 30 a 34 anos (42%), 35 a 39 anos (28%), 40 a 44 anos (22%), 45 a 50 anos (8%).

Devemos considerar que de acordo com a Portaria nº. 144 da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, publicada no Diário Oficial de 20 de novembro de 1997, a esterilização voluntária é permitida nas seguintes situações: “em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 25 anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada, acesso ao serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce”

Além do mais, segundo o mesmo documento, a esterilização poderá ser também realizada em caso de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos. Mas segundo a política do HU, os homens podem realizar a cirurgia só a partir dos 30 anos.

**Tabela 2: Nível de escolaridade**

<b>Nível de Escolaridade</b>	<b>Total Absoluto</b>	<b>Total Relativo</b>
Ensino Fundamental	21	45%
Ensino Médio	25	50%
Ensino Superior	4	5%
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

O nível de escolaridade dos homens foi classificado da seguinte maneira: (45%) destes freqüentaram a escola apenas no Ensino Fundamental, que vai da primeira a oitava série, (50%) concluíram o Ensino Médio, e apenas (5%) obtiveram graduação em nível superior.

**Tabela 3: Ocupação**

<b>Ocupação</b>	<b>Total Absoluto</b>	<b>Total Relativo</b>
Motorista	6	12%
Vendedor	3	6%
Comerciante	7	14%
Serviços Gerais	10	20%
Porteiro/Zelador	4	8%

Polícia Militar	7	14%
Caixa	1	2%
Vigia	1	2%
Pedreiro	1	2%
Técnico	3	6%
Bancário	1	2%
Auxiliar de serviços	3	6%
Desempregado	3	6%
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

Consideramos inicialmente a ocupação dos homens, entre os que foram inscritos para a vasectomia, prevaleceram os que realizam serviços gerais (20%), verificando-se em segundo lugar tanto os comerciantes quanto policiais militares com (14%), em terceiro os que trabalhavam como motorista com (12%). O quarto maior percentual foi de (8%) que se classificam como porteiros e zeladores, o quinto de (6%) foi de técnicos e auxiliares; logo após temos os de menor porcentagem como desempregados com (4%), caixa (2%), vigia (2%), bancário (2%) e pedreiro (2%).

Com relação à ocupação, registrou-se uma grande variedade de atividades, vislumbrando-se, no entanto, dois tipos, tomando como parâmetro o conjunto; aquela que exige maior qualificação profissional e um maior nível de instrução (auxiliares de serviços, bancários, policiais, caixas, etc), e aquelas que não exigem tal requisitos (motorista, pedreiro, vendedor, vigia, porteiro, etc).

**Tabela 4: Renda Familiar**

<b>Renda Familiar</b>	<b>Total Absoluto</b>	<b>Total Relativo</b>
Até 2 salários mínimos	12	24%
Até 4 salários mínimos	22	44%
Até 5 salários mínimos	9	18%
Acima de 5 salários mínimos	7	14%
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

No que se refere ao rendimento mensal familiar, (24%) declararam que a renda da família chega a no máximo dois salários mínimos, outros (44%) obtêm renda de até no máximo quatro salários mínimos. Os restantes (18%), têm um salário de até cinco salários mínimos e (14%) declararam ter uma renda acima de cinco salários mínimos. O que devemos considerar no que se refere à renda familiar é que muitas vezes as companheiras destes não possuem renda, ou em caso de desemprego dos homens, muitas vezes são as companheiras as que obtêm algum tipo de renda.

No caso da seguinte pesquisa, surpreendeu tanto a aceitação do método pelos setores de baixa renda quanto à desenvoltura com que os informantes se propuseram a falar sobre o assunto, considerado ainda tabu em algumas sociedades como demonstra o estudo de GADZEKPO (1994), realizado em Ghana; que ao analisar o perfil dos homens que haviam realizado a vasectomia, a autora observa que havia um grande medo de perder a virilidade, ficando assim expostos aos comentários alheios, limitando-se a trocar idéias sobre o assunto apenas em família.

**Tabela 5: Número de filhos**

<b>Número de filhos</b>	<b>Total Absoluto</b>	<b>Total Relativo</b>
Um filho	4	8%
Dois filhos	20	40%
Três filhos	18	36%
Quatro filhos	7	14%
Acima de quatro filhos	1	2%
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

Com relação ao número de filhos, o maior percentual entre os homens entrevistados foi de (40%) aqueles que tinham dois filhos, (36%) representado por aqueles com três filhos, (14%) com quatro filhos, (8%) com um filho e o menor porcentual foi de (2%) que corresponde a aqueles que tinham acima de quatro filhos.

Conclui-se que surpreendeu a aceitação do método por parte de homens provenientes dos estrados de baixa renda, sem qualificação ou pouca qualificação profissional e baixo nível de escolaridade, enquanto que a literatura sobre o tema costuma assinalar que os segmentos mais qualificados seriam mais propensos ao uso do método.

VERNON (1996), ao analisar os dados de pesquisas realizadas no Brasil em 1985, na Colômbia e no México em 1988 e 1989, em redes de assistência em planejamento familiar, concluiu que os clientes potenciais da vasectomia eram provenientes de um segmento definido da população, sendo relativamente jovens (média de idade 32/35 anos), tendo relativamente alto nível de educação (no mínimo nível secundário) e pequenas famílias (menos de três crianças).

No entanto, a alta presença de vasectomizados no Hospital Universitário no período de março a julho de 2005 surpreendeu, dado os baixos índices encontrados a nível nacional. Talvez esta presença possa ser explicada em função da expansão do procedimento, dos motivos e dos fatores que influenciaram na realização da esterilização, estes que serão apresentados nos itens seguintes.

Para isto, a atuação do Assistente Social no programa de planejamento familiar foi de fundamental importância, porque este atua orientando os grupos através de suas ações, incentivando aos homens a ter uma maior participação nas decisões sexuais e reprodutivas junto às mulheres. Orientando no sentido de que o planejamento familiar é um direito do cidadão e um serviço oferecido pelo Estado; esta atua também, no sentido de desmistificar a idéia de que é só a mulher quem é responsável pela reprodução, mas também o homem, e que como tal, cabe a ele fazer a sua parte.

### 3.5 MOTIVOS PELA BUSCA DA ESTERILIZAÇÃO POR PARTE DOS HOMENS

Dentre os motivos que levaram aos homens entrevistados à busca da esterilização definitiva e a opção pela realização da cirurgia, destacaram-se cinco aspectos, dentre eles apareceram, as dificuldades financeiras com um percentual de (34%), preocupação com o futuro dos filhos com (24%), evitar que a mulher faça a laqueadura (8%), a mulher parar de usar pílula ou DIU (32%), e por último temos o próprio planejamento familiar com (2%), muitos colocaram esta questão como importante num matrimônio, o que vemos que muitas vezes o nível de escolaridade não influi no grau de consciência e conhecimento por parte das pessoas.

Aqui devemos considerar que, muitas vezes, mais de uma resposta era dada por parte dos entrevistados quando a pergunta sobre quais os motivos para a realização da cirurgia era feita, já que a entrevista era do tipo estruturada, mas deixava a possibilidade de respostas abertas aos entrevistados.

A pesquisa de Vernon (1996) baseada, conforme já se referiu anteriormente, na análise de dados de outras pesquisas realizadas durante a década de 80 no Brasil, Colômbia e México, concluiu que as principais razões para a escolha da vasectomia estão ligadas ao fato de ter-se alcançado ou excedido o número de filhos desejado e aos inconvenientes causados pelo uso de métodos temporários.

Thompson (1991), por sua vez, coloca que dentre os principais motivos destacaram-se os seguintes: contra-indicação médica da esterilização da mulher tendo em vista a existência de problemas de saúde. Alguns maridos consideraram também que deveriam contribuir para conter a natalidade, desde quando as esposas já teriam feito a sua parte e sofrido o suficiente; outros maridos por sua vez, requerem a vasectomia porque as esposas não queriam ser esterilizadas

Objetivando analisar os motivos e o papel que as parceiras jogam nesta decisão, Landry, Ward (1997), concluem que não obstante as significativas diferenças econômicas, sociais e culturais encontradas, as razões para a escolha do método foram semelhantes em todos os países pesquisados, pois homens e mulheres indistintamente, reportaram a saúde da mulher como principal razão. Constataram-se também, as dificuldades financeiras e materiais como principal razão para não ter mais filhos, registrando-se em alguns casos, a existência de necessidades extremas.

**Tabela 6: Motivos para a decisão da cirurgia**

<b>Motivo</b>	<b>Total Absoluto</b>	<b>Total Relativo</b>
Dificuldades financeiras	17	34%
Preocupação com o futuro dos filhos	12	24%
Evitar que a mulher faça laqueadura	4	8%
A mulher parar de usar pílula/DIU	16	32%
Planejamento Familiar	1	2%
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

### 3.6 FATORES QUE INFLUENCIARAM NA REALIZAÇÃO DA ESTERILIZAÇÃO

Dentre os fatores que influenciaram na busca pela realização da cirurgia definitiva por parte dos homens, ou seja, à vasectomia, temos os seguintes: por recomendação de



algun amigo que já realizou a esterilização (14%), por decisão própria (38%), por decisão do casal (42%), pelo próprio acesso às informações sobre o planejamento familiar e saúde reprodutiva (4%) e por último, recomendação do médico com (2%).

**Tabela 7: Fatores que influenciaram na realização da esterilização**

<b>Fatores</b>	<b>Total Absoluto</b>	<b>Total Relativo</b>
Decisão Própria	19	38%
Decisão do casal	21	42%
Médico	1	2%
Amigos	7	14%
Acesso à informação	2	4%
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

### 3.7 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Na continuação apresentamos algumas falas dos usuários do programa que expressam os motivos pela busca da realização da esterilização cirúrgica. Para não possibilitar a identificação dos sujeitos da pesquisa, optou-se por identificá-los por nomes fictícios escolhidos de forma aleatória.

Tendo em conta o objetivo deste trabalho, considera-se necessário e oportuno relatar alguns depoimentos dos sujeitos que fazem parte da pesquisa, mostrando aspectos relativos à motivação para a realização da cirurgia.

A partir dos dados coletados é possível fazermos algumas considerações a respeito do aumento da participação masculina no Planejamento Familiar.

Identificamos que se rompe de alguma forma com o padrão que historicamente associou as questões desta esfera ao corpo feminino, a opção pela vasectomia pode ser analisada como uma das formas de ampliação da participação masculina nas decisões sexuais e reprodutivas. A Conferência do Cairo em 1994 reforça esta idéia já que a partir daí foi reconhecido o direito reprodutivo das mulheres construindo uma definição de saúde reprodutiva.



A consciência da potencialidade da mulher está aparecendo muito desde o ponto de vista masculino já que os homens vêem à mulher como igual de acordo com aqueles entrevistados que realizaram a esterilização definitiva.

Aqui se torna necessário apontar o fato dos homens manifestarem o desejo de criar seus filhos com melhor condição, quanto o desejo de equacionar melhor seus compromissos e responsabilidades para com a prole, conforme colocaram alguns dos entrevistado durante a realização da pesquisa.

Sobre os motivos que levaram à decisão acerca da realização da esterilização cirúrgica, os sujeitos da pesquisa nos comentaram o seguinte:

*Três filhos são muita coisa, a gente se cuida muito, por isso procuramos o planejamento familiar, assim poderíamos dar conta de criar e educar melhor os filhos que já temos (LAURO).*

*Estou com dificuldades financeiras, tenho três filhos e quero dar a eles uma boa educação. Cuidar de um filho já é difícil, e cuidar de três é mais ainda (SAMUEL).*

*Decidimos fazer a cirurgia porque eu e minha esposa trabalhamos na área da saúde e tínhamos conhecimento sobre o assunto, a decisão foi conjunta com a minha mulher. Eu já tenho uma filha fora do casamento e tenho que dar pensão para ela, mas o filho que tenho com a minha atual esposa, então, fica um pouco difícil manter dois filhos. Quem tem dois tem que dividir, e só assim podemos pagar um colégio particular para ambos (VITOR).*

Nestas três primeiras falas ou expressões, vemos como os homens têm certa preocupação com proporcionar uma melhor educação aos filhos; isto é, tarefa ou responsabilidade que antes era vista como unicamente da mulher está sendo desmistificada pelo homem ao notar-se como este tem um grau de consciência maior no que se refere ao cuidado dos filhos, gerando novas propostas de organização social entre ambos.

*Já tinha dois filhos e bem grandinhos, achamos com minha mulher que já está bom para educar de forma descente. A última gravidez da minha mulher foi um pouco complicada também, mas o motivo mesmo foi preocupação com a educação dos filhos (LEANDRO).*

*Minha esposa tem problemas de saúde, não pode tomar comprimido, quer dizer, pílula anticoncepcional; e mesmo se não der certo neste casamento, mesmo assim eu não quero ter mais filhos, estou contente com a família que tenho, três filhos está bom demais (JOÃO).*

*Preocupo-me muito com minha esposa porque tem problemas de saúde e não pode usar pílula nem DIU porque não faz bem a ela, então ela fica apreensiva e preocupada em ficar grávida de novo, é por isso que não queremos ter filhos novamente(LUCAS).*

*Fico preocupado com a saúde da minha mulher porque ela já realizou várias cirurgias, além disso, não pode usar pílula porque faz mal para ela, minha mulher não pode ter mais filhos por isso; então eu decidi fazer a vasectomia (ALBERTO).*

Nestas falas, além da preocupação com a educação dos filhos, vemos que aparece a preocupação com a saúde da mulher ao falar este sobre a gravidez complicada da sua mulher. Aqui vemos como a mulher foi ganhando ou conquistando certos espaços compartilhando responsabilidades com o homem.

*Estou preocupado com a manutenção dos filhos, com a educação deles, a vida é muito difícil, por isso não quero ter mais filhos. Estou preocupado com votar mais filhos no mundo (CARLOS).*

*Não desejo ter mais filhos porque três é suficiente, eu estou desempregado e não tenho condições de sustentar mais filhos, também porque minha idade já é um pouco avançada para ter filhos (JOSÉ).*

*Hoje em dia tudo é muito difícil, já tenho dois filhos e a cirurgia seria o caminho ideal para mim pela vida que estou levando, já estou com 43 anos e meus filhos já são adolescentes. Estou separado da minha primeira mulher e tenho outra companheira (RAFAEL).*

*Acho que dois filhos é suficiente e não tenho condições de ter mais, já passamos por muitas dificuldades com a minha mulher (PAULO).*

*A situação econômica não é muito boa, nossa renda é de 1000R\$ e já temos três filhos, não sabemos quando que a gente pode ficar sem emprego e decidimos fazer a cirurgia porque a fábrica estava lotada (FERNANDO).*

*Quero fazer a cirurgia de esterilização porque não temos condição de criar muitos filhos, já tínhamos dois e agora com três fica muito complicado, não estava a fim de ter mais filhos mesmo, a gente nunca sabe né?, quem sabe o que pode acontecer amanhã?; imagina se eu me separar e me juntar novamente com outra mulher, aí seriam muitos filhos para criar e hoje realmente não dá (DANIEL).*

Nesta falas sucessivas, notamos a preocupação com a situação econômica em que se encontram muitos deles e de como isso repercute na educação dos filhos, já que por este motivo muitos homens decidiram não ter mais filhos. Estas decisões deram-se

conjuntamente com as parceiras, fato que demonstra que a mulher vem ganhando espaços na sociedade e demonstrando o quanto já conseguiu conquistar através das suas lutas.

*Tenho uma família já bem estabelecida e me preocupam um pouco os riscos da laqueadura porque a cirurgia é mais complicada, nesse sentido a palestra de orientação sobre os métodos foi boa, porque ajudou a diferenciar os dois tipos de cirurgia, os riscos de cada uma e todo o demais (LUÍS).*

Nesta fala vemos como o homem tem consciência e conhecimento sobre o programa de planejamento familiar, colocando como este é importante ao desempenhar o que hora definimos como uma ação sócio-educativa e contemplar esse momento de esclarecimento que constitui o processo de cidadania.

Dentre um dos motivos para realizar a cirurgia, este último colocou as dificuldades financeiras para manter os filhos e poder dar uma boa educação a eles, assim como a questão da saúde da mulher, colocando este método de intervenção cirúrgica como menos complicado do que a Laqueadura Tubária: *estou preocupado com o futuro deles* (MARCOS).

Nesta última fala, vemos como são vários os motivos da escolha pela esterilização definitiva, motivos que têm relação entre si e que um desencadeia em outro, mas o mais importante nesta colocação é a participação e a divisão de responsabilidades do casal.

Aqui vemos como o homem hoje em dia está participando mais ativamente no espaço doméstico compartilhando responsabilidades com a mulher e dando o espaço que esta merece e que vem conquistando ao longo dos anos; um exemplo disso é a participação masculina nas decisões sexuais e reprodutivas, constatação que fizemos através do programa de planejamento familiar do HU no período de estágio.

O fato de homens com baixo nível de instrução terem optado pela esterilização, permitindo uma intervenção sobre seus órgãos tradicionalmente ligados à virilidade, pode ser considerado um avanço e associado a temas como: mudanças nas relações de gênero, a ampliação da rede de assistência em saúde e de planejamento familiar com a reestruturação do SUS no ano 1990, assim como as pressões sociais e econômicas que a sociedade vem sofrendo e que apontam na direção do controle da natalidade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Planejamento Familiar foi sempre assunto polêmico e gerador de grandes debates nas distintas sociedades, tanto no Brasil quanto no mundo inteiro desde os seus primórdios; o que despertou um certo interesse em conhecê-lo e compreendê-lo.

De um lado, coloca-se o Planejamento Familiar como direito, como livre decisão do homem, da mulher e do casal sobre o número de filhos que desejam ter, e ainda a prestação de serviços e informações por parte do Estado.

Por outro lado, há os que afirmam que o Planejamento Familiar tem uma estreita relação com o capital, que pretende reduzir a capacidade reprodutiva da classe trabalhadora com pouca qualificação, para que as elites não sejam submersas demograficamente pelo setor marginal da sociedade.

No Brasil, os debates em torno da questão começaram na década de sessenta, período no qual surgem no país dois blocos divergentes, “os antinatalistas e os anticontrolistas”. O primeiro representado pela elite brasileira e o setor médico, iniciaram o discurso que relacionava pobreza à natalidade, defendem intervenções para redução do ritmo de crescimento demográfico, o que levaria, por conseguinte, a aumentar o crescimento econômico e desenvolvimento do país. O segundo bloco surge em oposição ao primeiro, composto pela Igreja que defendia os motivos morais, e por partidos políticos de esquerda, que percebiam naquele discurso uma manifestação capitalista.

A partir deste embate ideológico entre os dois blocos que discutiam a questão do Planejamento Familiar sem haver nenhuma posição por parte do governo brasileiro, surge o controle populacional que veio de fora, isto é, o financiamento por parte de organismos internacionais ligados à ONU, implantando as clínicas de planejamento familiar que realizavam convênios com empresas, sindicatos e prefeituras, principalmente nas décadas de 1970 e 1980, multiplicando-se assim os serviços. Estes distribuíam anticoncepcionais praticavam a esterilização e difundiam as vantagens de uma família reduzida. Dentre elas, a Sociedade Civil de Bem Estar Familiar no Brasil - BEMFAM, de cunho controlista e a de maior relevância.

Na década de setenta os movimentos feministas surgiram com grande força e começaram a se manifestar com novos discursos baseado principalmente no direito à saúde

e na autonomia da mulher e dos casais sobre o tamanho da família, que até então, colocava à mulher como única responsável; apoiando o controle de fecundidade como um direito que o Estado devia de promover, surgindo assim um novo debate em torno da questão.

Assim, em 1983 surge o primeiro programa governamental, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM, este incluiu o planejamento familiar entre suas ações, limitando o uso de pílulas sem o acompanhamento médico.

Foi através destas constantes pressões por parte da sociedade que o direito ao Planejamento Familiar veio explícito no artigo constitucional que foi regulamentado apenas em 1996, pela Lei 9.263, e que além de regulamentar os direitos reprodutivos, regulamenta a esterilização no país.

A partir de então, a esterilização voluntária passa a ser admitida dentro de alguns critérios como idade mínima de 25 anos ou pelo menos dois filhos vivos independente da idade, observando o prazo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico em documento firmado e escrito, após informação a respeito dos riscos da cirurgia.

Foi assim que o SUS em 1990 teve que se reorganizar no sentido de corresponder às diretrizes da citada lei, trazendo o programa de Planejamento Familiar para algumas instituições públicas como o Hospital Universitário de Florianópolis que em maio de 1998 implantou o programa, desta forma, os poderes regionais puderam desenvolver com maior autonomia uma série de ações de saúde tentando disseminar novas práticas relativas ao planejamento familiar e à saúde reprodutiva.

A prática de estágio no local possibilitou-nos o contato direto com homens e mulheres que buscavam atendimento no programa, interessados em se submeter a cirurgias para esterilização definitiva, “a laqueadura tubária e a vasectomia”, abordando especificamente o homem como objeto de estudo.

Assim, ao procurar se compreender os motivos que levaram aos homens à busca pela esterilização definitiva, tentou-se situar primeiramente os diferentes discursos presentes na história do Planejamento Familiar no Brasil.

Ao estudar e intervir nas diferentes situações vivenciadas pelos usuários do programa, tanto homens quanto mulheres que desejavam realizar a esterilização definitiva, nos deparamos com uma série de questões ligadas entre si, como a questão da desigualdade entre os gêneros, que é histórica, social e culturalmente construída; assim como a participação dos homens nas decisões sexuais e reprodutivas que lhe outorga outro significado, inclui o propósito de desconstruir essa ordem dos poderes entre os gêneros.



Sabemos sobre as dificuldades implícitas neste tema desde quando se trata de derrubar uma barreira cultural construída ao longo de um processo histórico que centrou as relações entre sexualidade e reprodução na imagem feminina; contudo, seria necessário o desenvolvimento de estratégias capazes de estimular de modo regular a presença dos homens na área da saúde reprodutiva assim como a reivindicação dos próprios homens à assistência integral à saúde, tal como fizeram as mulheres através dos movimentos feministas.

O estudo foi realizado com homens que fizeram a esterilização definitiva, no período de março a julho de 2005, no Hospital Universitário, mostrou claramente nas motivações um relativo avanço nas relações de gênero e como o discurso em torno ao planejamento familiar vem se transformando ao longo dos anos pela influência que as mudanças sociais e culturais vêm acarretando no núcleo familiar.

Nesse sentido, citamos a Conferência Internacional do Cairo que foi realizada em 1994 e que tenta garantir através das suas diretrizes, sintetizar uma série de ações para contribuir na formulação de políticas relativas à população.

O que antes era considerado prioritariamente como sendo um dever da mulher, vem mudando ao longo dos anos, e hoje, visto como um direito e comprovado na pesquisa do trabalho.

Aqui comprovamos as motivações que levaram a estes a se submeter a esterilização cirúrgica, para isto, foi elaborada uma entrevista estruturada que permitiu levantar dados pessoais sobre os participantes o que também permitiu verificar o aumento da participação masculina no programa e, por conseguinte, as motivações que levaram a estes a procurar o mesmo. Dentre estas prevaleceram: evitar que a mulher faça a laqueadura, a mulher parar de usar pílula ou DIU, preocupação com o futuro dos filhos e dificuldades financeiras; classificando estes quatro grupos como mais importantes ou significativos.

O estudo mostra como o nível sócio-econômico dos homens representado por indicadores como a idade, o nível de escolaridade, a ocupação, a renda familiar e o número de filhos, não influenciam na realização da esterilização definitiva no sentido da falta de informação ou conhecimento sobre o tema, mas sim influenciam no sentido de preocupação e contribuição para com as mulheres, e isto aparece nas falas dos homens que escolheram realizar a vasectomia.

Para comprovar estas questões, foram utilizados como procedimentos metodológicos a pesquisa bibliográfica que possibilitou um conhecimento prévio do assunto e a pesquisa qualitativa que teve por instrumento a entrevista e como sujeitos os

homens inscritos no programa; no total foram cinquenta entrevistas com homens que realizaram a esterilização cirúrgica, que representam 100% dos usuários do programa no período delimitado. Sintetizando, podemos dizer que os resultados deste estudo mostraram claramente o aumento da participação masculina nas decisões sexuais e reprodutivas no programa de planejamento familiar do HU, mas há uma impossibilidade de elaborar afirmações absolutas sobre o masculino e o feminino no campo em que gênero e saúde reprodutiva se misturam.



## REFERÊNCIAS

ALVES, Branca Moreira; PITANGUY, Jaqueline. *O que é feminismo*. 8 ed. São Paulo: Brasiliense, 1991, p. 55.

ÁVILA, M.B. Modernidade e Cidadania Reprodutiva. In: *Estudos Feministas*, Vol. 1, n.2. Rio de Janeiro: CIEC/UFRJ, 1993.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Ed. 70 LDA, 1977. p.42.

BARROSO, Carmim. Esterilização feminina, liberdade e opressão. In: *Revista de Saúde Pública*, Vol. 18, n. 2. São Paulo, 1984.

BARSTED, Leila. *As Mulheres e os Direitos Humanos*. Traduzindo a Legislação com a perspectiva de gênero, 2001, vol. 2, p.90.

BELOLLI, Cristiane Pereira. Saúde da Mulher e Planejamento Familiar. Florianópolis: UFSC, 1995. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1995.

BERQUÓ, Elza. Ponto de Vista. In: *Revista Brasileira de Estudos de População*. V. 12, jan./dez., 1995.

BERQUÓ, Elza S.; ROCHA, Maria Isabel. *Construindo Novos Caminhos: 12 anos do Programa da Saúde Reprodutiva e Sexualidade*. Campinas, Núcleos de Estudo de População – NEPO/UNICAMP, 2004.

\_\_\_\_\_. O Brasil e as recomendações do Plano de Ação do Cairo. In: BILAC, Elisabete Dória e ROCHA, Maria Isabel Baltar da (orgs.) *Saúde Reprodutiva na América Latina e no Caribe. Temas e Problemas*. Ed. 34. Campinas-SP: PROLAP, ABEP, NEPO/UNICAMP, 1998, p. 23-35.

BILAC, Elisabete Dória e ROCHA, Maria Isabel Baltar da. (orgs.) *Saúde Reprodutiva na América Latina e no Caribe. Temas e Problemas*. Ed.34. Campinas-SP: PROLAP, ABEP, NEPO/UNICAMP, 1998, p. 09-20.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Programas de Saúde, Coordenadoria de Saúde Materno-infantil. *Oito passos para a maternidade segura: guia básico para serviços de saúde*. Brasília: FREBASCO, 1995. p.03.

BRASIL. Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o inciso 7º do art. 226 da Constituição Federal. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/servlets>. Acesso em: 31.03.05.

CANESQUI, Ana Maria. Instituições de Saúde e o Planejamento Familiar. In: *Revista Saúde em Debate*, vol.12, 1986. p.35.

CHIZZOTTI, Antonio. *Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais*. São Paulo: Cortez, 1996. p. 79.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE LA POPULACIÓN Y EL DESARROLLO, 1994, El Cairo. *Informe de la Conferencia Internacional sobre población y el desarrollo*. El Cairo: Naciones Unidas, 5-13 de setembro de 1994.

CNPD: COMISSÃO NACIONAL DE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO e FNUAP: FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento* (Cairo, 5-13 de setembro de 1994). Brasília, 1995, p.57.

COELHO, Elza Berger Salema. *Anticoncepção, compromissos e perspectivas da enfermagem*. Florianópolis: UFSC, 1998. 81p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

COSTA, A.; M. PAISM. *Uma política de assistência integral à saúde da mulher a ser resgatada*. São Paulo: Comissão de Cidadania e Reprodução, 1992.

FIGUEROA-PEREA, Juan Guillermo. Alguns elementos para interpretar la presencia de los varones en los procesos de la salud reproductiva. In: *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 14 (Suplemento 1), 1998.

FONSECA Sobrinho, D. *Estado e População: uma história do Planejamento Familiar no Brasil*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos/FNUAP, 1993.

FULLER, Norma. *Identidades masculinas*. Pontificia Universidade Católica do Perú, Lima, 1997.

GADZEKPO, Audrey. Pocos consideran someterse a una vasectomia. In: *Population Reference Bureau, Inquietudes femeninas: las mujeres escriben sobre la participación de los hombres en la familia*. Washington, 1995. p.14-15.

GARCIA, Villegas Mauricio. *La eficacia simbólica del Derecho*. Exámen de situaciones colombianas. Bogotá: Uniandes, 1993.

GIL, Antônio Carlos. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. Antônio Carlos Gil. – 5. ed. – São Paulo: Atlas, 1999. p.117-121.

GUIMARÃES, R.F. Famílias: uma experiência em grupo. In: *Revista Serviço Social e Sociedade*, n.º 71, São Paulo: Cortez, 2002. p.177.

HERMÁCULA, Maria Virgínea; EVANGELISTA, Marisa; LIMA, Neusa. Pró-família: Planejamento Familiar ou Controle da Natalidade? In: *Revista Serviço Social e Sociedade*. São Paulo: Cortez. v 08, 1982.

JOAO PAULO II. *O esplendor da verdade sobre algumas questões fundamentais do ensinamento moral da Igreja* (Carta Encíclica Veritatis Splendor). Petrópolis: Vozes, 1993, p.94. (Documentos Pontifícios, 255).

KACZUR, Eleonora Cristina. *O Fazer Feminino no Morro da Penitenciária nos anos 1994/1995 – uma perspectiva de gênero* – Sc. Florianópolis: UFSC, 1995. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1995.

LANDRY, Evelyn e WARD, Victoria. Perspectives from couples on the vasectomy decision: a six country study. *World Health Organization*, Beyond acceptability: users perspectives on contraception, 1997. p. 58-67.

LOURO, G. Lopes. Nas redes do conceito de gênero. In: *LOPES, M.S.M; MEYER, D.E. e WALDOW, V.R.* (orgs.) *Gênero e Saúde*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1996.

MARCHEZAN, Daniela Luiza. *Planejamento Familiar: Liberdade de escolha ou falta de opção?* – Sc. Florianópolis: UFSC, 2002. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

MINAYO, Cecília de Souza. (Org.) *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 1999.

MUNDIGO, Axel I. *Papéis masculinos, saúde reprodutiva e sexualidade*. São Paulo, Fundação Mac Arthur, Conferências Internacionais sobre População, 1995.

MURAYAMA, Akemi, et al. Esterilização feminina: um direito da mulher. In: *ANAIS do 7º Congresso Brasileiro de Assistência Social*. São Paulo: ANAS, CFAS, ABESS, SESSUNE, 1992. p.127.

NOLASCO, Sócrates. *A representação social masculina*. Texto apresentado no 7º Programa de Estudos em Saúde Reprodutiva e Sexualidade. Campinas: NEPO/UNICAMP, 4 a 22 de maio de 1998.

NORT, Egon. *Planejamento Familiar: Solução Básica*. Florianópolis, Editora do Autor, 2002. p.19.

RODRÍGUEZ, G. C. *Planejamento Familiar*. São Paulo: Ática, 1990.

SAFFIOTI, Heleieth I. B; ALMEIDA, Suely. *Epistemologia, Estados e Políticas Públicas dirigidas à mulher*. XVI Encontro Anual ANPOCS, 1992, p.02.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. In: *Educação e Realidade*. Porto Alegre: s/ed-,16 (2): 5-22, jul/dez.1990.

THOMPSON, Barbara; Mac GILLIVRAY, Ian e FRAZER, C. Some factors in the choice of male or female sterilization in Aberdeen. *J. Bio Soc Sci*, vol. 23, 1991. p.359-363.

VERNON, Ricardo. *Operation research on promoting vasectomy in three Latin American countries*. International Family Planning Perspectives, 22(1), march 1996. p.26-31.

## **ANEXO A – LEI DO PLANEJAMENTO FAMILIAR**

Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996

Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

### **CAPÍTULO I**

#### **DO PLANEJAMENTO FAMILIAR**

Art. 1º. O planejamento familiar é direito de todo cidadão, observado o disposto nesta Lei.

Art. 2º. Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

Parágrafo único. É proibida a utilização das ações a que se refere o caput para qualquer tipo de controle demográfico.

Art. 3º. O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde.

Parágrafo único. As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas no caput, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua, como atividades básicas, entre outras:

I - a assistência à concepção e contracepção;

II - o atendimento pré-natal;

III - a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato;

IV - o controle das doenças sexualmente transmissíveis;

V - o controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis.

Art. 4º. O planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade.

Parágrafo único. O Sistema Único de Saúde promoverá o treinamento de recursos humanos, com ênfase na capacitação do pessoal técnico, visando a promoção de ações de atendimento à saúde reprodutiva.

Art. 5º. É dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde, em associação, no que couber, às instâncias componentes do sistema educacional, promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar.

Art. 6º. As ações de planejamento familiar serão exercidas pelas instituições públicas e privadas, filantrópicas ou não, nos termos desta Lei e das normas de funcionamento e mecanismos de fiscalização estabelecidos pelas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único. Compete à direção nacional do Sistema Único de Saúde definir as normas gerais de planejamento familiar.

Art. 7º. É permitida a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros nas ações e pesquisas de planejamento familiar, desde que autorizada, fiscalizada e controlada pelo órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde.

Art. 8º. A realização de experiências com seres humanos no campo da regulação da fecundidade somente será permitida se previamente autorizada, fiscalizada e controlada pela direção nacional do Sistema Único de Saúde e atendidos os critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde.

Art. 9º. Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção.

Parágrafo único. A prescrição a que se refere o caput só poderá ocorrer mediante avaliação e acompanhamento clínico e com informação sobre os seus riscos, vantagens, desvantagens e eficácia.

Art. 10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:

I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;

II - risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

§ 1º. É condição para que se realize a esterilização, o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

§ 2º. É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

§ 3º. Não será considerada a manifestação de vontade, na forma do § 1º, expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.



§ 4º. A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada através da histerectomia e ooforectomia.

§ 5º. Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

§ 6º. A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei. (Artigo vetado mas mantido pelo Congresso Nacional. DOU 20.08.97)

Art. 11. Toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória a direção do Sistema Único de Saúde. (Artigo vetado mas mantido pelo Congresso Nacional. DOU 20.08.97)

Art. 12. É vedada a indução ou instigamento individual ou coletivo à prática da esterilização cirúrgica.

Art. 13. É vedada a exigência de atestado de esterilização ou de teste de gravidez para quaisquer fins.

Art. 14. Cabe à instância gestora do sistema Único de Saúde, guardado o seu nível de competência e atribuições, cadastrar, fiscalizar e controlar as instituições e serviços que realizam ações e pesquisas na área do planejamento familiar.

Parágrafo único. Só podem ser autorizadas a realizar esterilização cirúrgica as instituições que ofereçam todas as opções de meios e métodos de contracepção reversíveis. (Parágrafo vetado mas mantido pelo Congresso Nacional. DOU 20.08.97)

## CAPÍTULO II

### DOS CRIMES E DAS PENALIDADES

Art. 15. Realizar esterilização cirúrgica em desacordo com o estabelecido no art. 10 desta Lei.

Pena - reclusão, de dois a oito anos, e multa, se a prática não constitui crime mais grave.

Parágrafo único. A pena é aumentada de um terço se a esterilização for praticada:

I - durante os períodos de parto ou aborto, salvo o disposto no inciso II do art. 10 desta Lei;

II - com manifestação da vontade do esterilizado expressa durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente;

III - através de histerectomia e ooforectomia;

IV - em pessoa absolutamente incapaz, sem autorização judicial;

V - através de cesária indicada para fim exclusivo de esterilização. (Artigo vetado mas mantido pelo Congresso Nacional. DOU 20.08.97)

Art. 16. Deixar o médico de notificar à autoridade sanitária as esterilizações cirúrgicas que realizar.

Pena - detenção, de seis meses a dois anos, e multa.

Art. 16. Deixar o médico de notificar à autoridade sanitária as esterilizações cirúrgicas que realizar.

Pena - detenção, de seis meses a dois anos, e multa.

Art. 17. Induzir ou instigar dolosamente a prática de esterilização cirúrgica.

Pena - reclusão, de um a dois anos.

Parágrafo único. Se o crime for cometido contra a coletividade, caracteriza-se como genocídio, aplicando o disposto na Lei nº 2.889, de 1º de outubro de 1956.

Art. 18. Exigir atestado de esterilização para qualquer fim.

Pena - reclusão, de um a dois anos, e multa.

Art. 19. Aplica-se aos gestores e responsáveis por instituições que permitam a prática de qualquer dos atos ilícitos previstos nesta Lei o disposto no caput e nos §§ 1º e 2º do art. 29 do Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal.

Art. 20. As instituições a que se refere o artigo anterior sofrerão as seguintes sanções, sem prejuízo das aplicáveis aos agentes do ilícito, aos co-autores ou aos partícipes:

I - se particular a instituição:

de duzentos a trezentos e sessenta dias-multa e, se reincidente, suspensão das atividades ou descredenciamento, sem direito a qualquer indenização ou cobertura de gastos ou investimentos efetuados;

proibição de estabelecer contratos ou convênios com entidades públicas e de se beneficiar de créditos oriundos de instituições governamentais ou daquelas em que o Estado é acionista;

II - se pública a instituição, afastamento temporário ou definitivo dos agentes do ilícito, dos gestores e responsáveis dos cargos ou funções ocupados, sem prejuízo de outras penalidades.

Art. 21. Os agentes do ilícito e, se for o caso, as instituições a que pertençam ficam obrigados a reparar os danos morais e materiais decorrentes de esterilização não autorizada na forma desta Lei, observados, nesse caso, o disposto nos arts. 159, 1.518 e 1.521 e seu parágrafo único do Código Civil, combinados com o art. 63 do Código de Processo Penal.

### CAPÍTULO III

#### DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 22. Aplica-se subsidiariamente a esta Lei o disposto no Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e, em especial, nos seus arts. 29, caput, e §§ 1º e 2º; 43, caput e incisos I, II e III; 44, caput e incisos I e II e III e parágrafo único; 45, caput e incisos I e II; 46, caput e parágrafo único; 47, caput e incisos I, II e III; 48, caput e parágrafo único; 49, caput, e §§ 1º e 2º; 50, caput, § 1º e alíneas e § 2º, 51, caput e §§ 1º e 2º; 52; 129, caput e § 1º, incisos I, II e III, § 2º, incisos I, III e IV e § 3º.



Art. 23. O Poder Executivo regulamentará esta lei no prazo de noventa dias, a contar da data de sua publicação.

Art. 24. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 25. Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 12 de janeiro de 1996; 175º da Independência e 108º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 15.1.1996